



Population Reports

Latest News on
HIV/AIDS

Envíe este reporte
a un colega



JHU/CCP

Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
4. [Cómo abordar la epidemia](#)

Los jóvenes y el VIH/SIDA

¿Podemos evitar una catástrofe?

Los jóvenes de hoy constituyen la generación del SIDA. Nunca han conocido un mundo sin VIH. Millones de ellos ya han muerto. Pero para los adultos y los jóvenes mismos la epidemia entre estos últimos permanece casi invisible. Para detener la propagación del VIH/SIDA se necesitan estrategias globales centradas en la juventud.

Más de 60 millones de personas han sido infectadas por el VIH en los últimos 20 años, y aproximadamente la mitad de ellas se infectaron entre los 15 y los 24 años de edad. Actualmente casi 12 millones de jóvenes están viviendo con el VIH/SIDA. Las mujeres jóvenes tienen varias veces más probabilidades que los hombres jóvenes de ser infectadas por el VIH. En casi 20 países de África, 5% o más de las mujeres de 15 a 24 años de edad están infectadas. Estas estadísticas subrayan la urgente necesidad de abordar el VIH entre los jóvenes.

¿Por qué tan vulnerables?

Los atributos físicos, psicológicos y sociales de la adolescencia contribuyen a que los jóvenes sean particularmente vulnerables

5. [Para llegar a los jóvenes](#)
 6. [Las consecuencias de la inacción](#)
 7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)
 8. [Perfiles](#)
 9. [La juventud, centro de las estrategias](#)
- [Figuras](#)
 - [Cajas](#)
 - [Bibliografía](#)

Temas principales

- [Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes](#)
- [La cultura puede hacer daño](#)
- [Perfil: Hizo pública su situación](#)
- [La educación deberá comenzar temprano](#)
- [Condomes para una doble protección](#)
- [Los huérfanos: un nuevo reto](#)
- [¿Qué pueden hacer los padres?](#)
- [Cómo llegar a los niños de la calle.](#)
- [El centro de atención: la juventud](#)

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...

al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Los adolescentes por lo común no pueden comprender enteramente el alcance de su exposición al riesgo. La sociedad suele llevar a que aumente el riesgo que corren los jóvenes al dificultar que estos aprendan lo relativo al VIH/ SIDA y la salud reproductiva. Además, muchos jóvenes son socialmente inexpertos y dependen de otros. La presión que ejercen sus iguales influye fácilmente en ellos en modos que pueden aumentar el riesgo.

Cómo abordar la epidemia

El reciente descenso de la incidencia del VIH/SIDA en algunos países, acompañado de signos de cambio en el comportamiento arriesgado de los jóvenes, da esperanza. Hoy día el SIDA se ve en general como una crisis social y también como un problema de comportamiento individual. La epidemia del SIDA es compleja, de modo que sólo una combinación de enfoques puede dar resultado. Pero lo que es cada vez más claro es que los jóvenes deben constituir el centro de atención de las estrategias para controlar el VIH/SIDA.

Establecer apoyo para la prevención del SIDA. Hasta que no haya más líderes que hablen acerca de la crisis del SIDA entre los jóvenes y asignen prioridad máxima al financiamiento y las actividades por llevar a cabo, no hay mucha esperanza de solucionarla.

Ofrecer programas de educación y comunicación. Los jóvenes necesitan que se les ayude a conocer los riesgos que presenta el VIH/SIDA y la manera de evitarlos. Los programas de educación y comunicación no deben limitarse a ofrecer meramente información sino que también deben promover la capacidad para evitar los riesgos, como la postergación del inicio de la actividad sexual, la abstinencia y la negociación con la pareja sexual. La educación sobre el VIH/SIDA deberá comenzar temprano, aun antes de que los niños sean sexualmente activos.

Abordar las normas culturales y sociales. Muchas tradiciones y prácticas culturales contribuyen a que los riesgos sean mayores para los jóvenes que para los adultos y para las

M/MC

www.jhucpp.org/mmc

Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particularmente los nuevos materiales de comunicación que ofrece el:

Centro de Medios/Materiales (M/MC) de JHU/PIP

**111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA**

Correo electrónico: mmc@jhucpp.org

-
- [POPLINE](#)
 - [Otros temas](#)
 - [Para solicitar](#)
 - [CCP Home Page](#)

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
Otoño de 2001
Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

jovencitas aún más que para los muchachos. Los esfuerzos tendientes a lograr la participación de las comunidades y a cambiar las normas sociales son tan cruciales como los encaminados a reducir la exposición individual a los riesgos.

Promover los condones para la doble protección. Los condones, el único método anticonceptivo que puede proteger contra el VIH y contra el embarazo, son de importancia vital para controlar el VIH/SIDA entre los jóvenes. Los condones deberán ser ampliamente accesibles y se promoverá su uso entre las personas sexualmente activas de toda edad.

Ofrecer servicios que sean acogedores para los jóvenes. Para atender mejor a los jóvenes los proveedores de atención de salud deben esforzarse más para que aquéllos se sientan bienvenidos y cómodos. Los servicios, con inclusión del tratamiento de ITS y la orientación voluntaria sobre el VIH, así como los análisis y las remisiones a otros servicios deben tener carácter confidencial y ofrecerse con tacto.

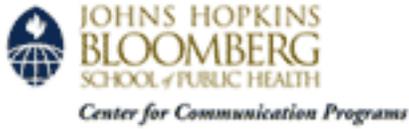
Llegar a los jóvenes. Los programas deben llegar a los niños de la calle, los trabajadores del comercio sexual y a otros jóvenes vulnerables, inclusive los millones que ha dejado huérfanos el SIDA. En su mayoría, los programas para jóvenes funcionan mejor cuando éstos ayudan a hacer y dirigir los planes. Los programas también tienen que encontrar maneras más eficaces de llegar a los padres y otros adultos que pueden influir en la vida de los jóvenes.

Actuemos ahora

Todos los países pueden y deben crear estrategias para abordar el problema del VIH/SIDA. El sector salud no puede por sí solo terminar con esta epidemia. Ahora es el momento de actuar. Para muchos jóvenes ya es demasiado tarde. Aun si el riesgo de contraer el VIH se redujera a la mitad hacia el 2015, en algunos países 20% a 80% de los varones que ahora tienen 15 años todavía se morirían de SIDA. En algunos lugares las perspectivas para los jóvenes que sobreviven están declinando a medida que los maestros y otros líderes mueren de SIDA y la productividad baja. Sólo si se actúa decididamente ahora para controlar el VIH se asegurará que los jóvenes de hoy tengan un

futuro como adultos.

[Siguiete](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)



Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project

111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202

Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 [Security & Privacy Policy](#)



Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
4. [Cómo abordar la epidemia](#)
5. [Para llegar a los jóvenes](#)
6. [Las consecuencias de la inacción](#)
7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)
8. [Perfiles](#)
9. [La juventud, centro de las estrategias](#)

- [Figuras](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliografía](#)

Temas principales

- [Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes](#)
- [La cultura puede hacer](#)

Creditos

Este informe fue preparado por Karungari (Karusa) Kiragu, Ph. D. Asistieron en las investigaciones Ketan Joshi, M.H.S., y Ruwaida Salem, M.P.H. Bryant Robey, Redactor-Jefe. Stephen M. Goldstein, Gerente de Redacción. Diseño de Linda D. Sadler. Producción a cargo de John R. Fiege, Peter Hammerer, Mónica Jiménez y Deborah Maenner.

Agradecemos a los siguientes revisores la asistencia prestada: Jane Bertrand, Susan Taylor-Brown, David Celentano, Shanti Conly, Katherine Crawford, Jennifer Delaney, Simel Esim, Geeta Rao Gupta, Bernard Guyer, Mihira Karra, Douglas Kirby, Cheryl Lettenmaier, Laurie Liskin, Robert Magnani, Ann McCauley, Neil McKee, Leo Morris, Nike O'Esiet, Phyllis Tilson Piotrow, Malcolm Potts, Elizabeth Serlimitsos, J. Joseph Speidel, Karen Stanecki, Lindsay Stewart, Francisco Sy, Nancy Williamson, Anne Wilson, Basia Zaba, y Laurie Zabin.

Cita sugerida: Kiragu, K. Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe? Population Reports, Series L, No. 12. Baltimore, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Fall 2001.

**Population Information Program
Center for Communication Programs
The Johns Hopkins University
Bloomberg School of Public Health**

Jane Bertrand, Ph.d., Profesora y Directora, **Center for Communication Programs**

Ward Rinehart, Director de Proyectos, **PIP**

Linda D. Sadler, Directora de Redacción de ediciones en idiomas extranjeros de *Population Reports*.

Anne W. Compton, Directora Adjunta, **PIP**, y Jefa de los servicios bibliográficos computarizados POPLINE

daño

- Perfil: Hizo pública su situación
- La educación deberá comenzar temprano
- Condomes para una doble protección
- Los huérfanos: un nuevo reto
- ¿Qué pueden hacer los padres?
- Cómo llegar a los niños de la calle.
- El centro de atención: la juventud

Hugh M. Rigby, Director Asociado del, **PIP**, y Jefe del Centro de Materiales de Comunicación

Jose G. Rimon II, Director Adjunto, **Center for Communication Programs** Director de Proyectos, **Population Communication Services**

Population Reports (USPS 063-150) is published four times a year (Spring, Summer, Fall, and Winter) at 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA, by the Population Information Program of the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health. Periodicals postage paid at Baltimore, Maryland and other locations. Postmaster to send address changes to Population Reports, Population Information Program, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202-4012, USA.

Population Reports fue ideado para proporcionar información general, precisa y experta con respecto a los desarrollos importantes en el campo de la planificación familiar y otros temas de salud afines. Las opiniones aquí expresadas son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni de la Universidad Johns Hopkins.

Este informe se produce gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, de Global y de GH/POP/CMT, bajo los términos de la Subvención No. HRN-A-00-97-00009-00.

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...



Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué

hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particulmente los nuevos materiales de comunicación que ofrece el:

**Centro de Medios/
Materiales (M/MC)
de JHU/PIP
111 Market Place,
Suite 310
Baltimore, MD 21202
USA
Correo electrónico:
mmc@jhucpp.org**

-
- [POPLINE](#)
 - [Otros temas](#)
 - [Para solicitar](#)
 - [CCP Home Page](#)

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
Otoño de 2001
Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

[Anterior](#) | [Siguiete](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA

Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org

Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
 - [La carga para la juventud](#)
 - [Estrategia centrada en la juventud](#)
2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
4. [Cómo abordar la epidemia](#)
5. [Para llegar a los jóvenes](#)
6. [Las consecuencias de la inacción](#)
7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)
8. [Perfiles](#)
9. [La juventud, centro de las estrategias](#)

- [Figuras](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliografía](#)

Temas principales

- [Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes](#)

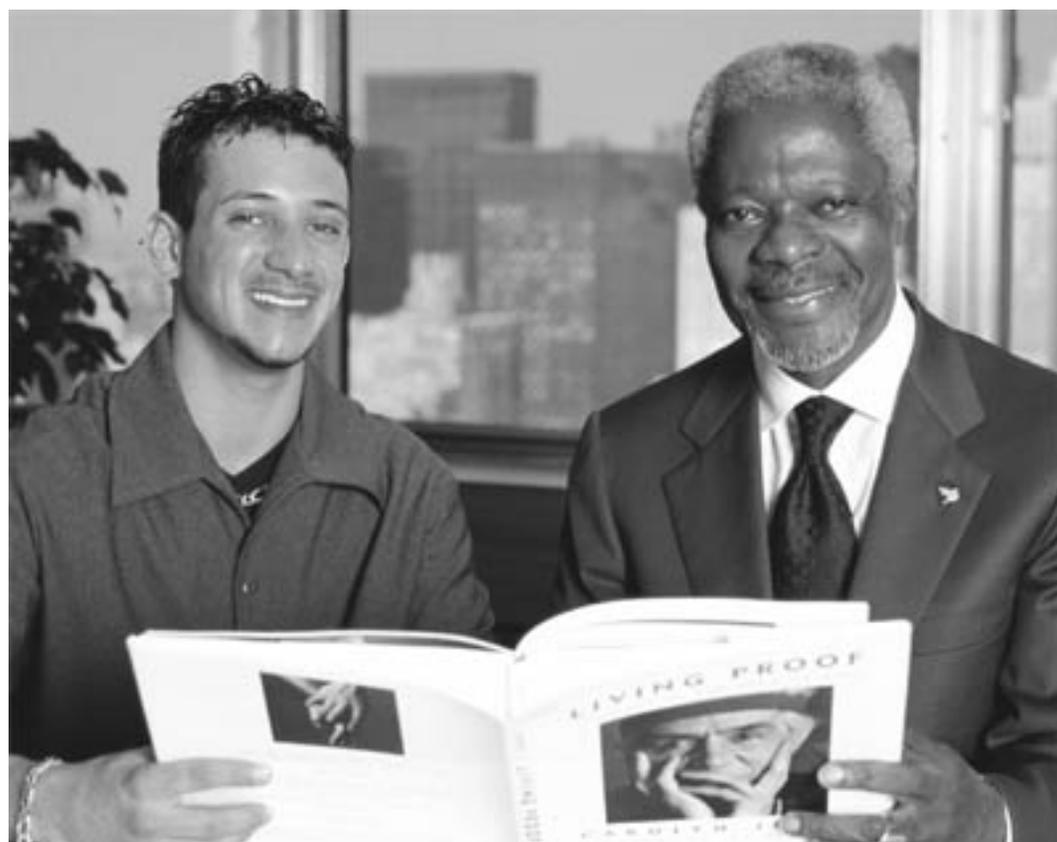
La epidemia invisible

Fue a mediados de los años ochenta que se reconoció que el SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, era una crisis mundial (213). En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que había 100.000 casos de SIDA en el mundo y de 5 a 10 millones de casos de infección por el VIH, el virus de la inmunodeficiencia humana que causa el SIDA. Los investigadores proyectaron que el número anual de defunciones a causa del SIDA llegaría al máximo en 2006, con 1,7 millones de defunciones (268). En cambio, en 2001 solamente, se notificaron 3 millones de defunciones por el SIDA (432).

Se estima que ya han muerto víctimas del SIDA más de 22 millones de personas (172). Peor aún, más de 40 millones de personas están viviendo con el VIH (432). De modo que el número de personas actualmente vivas que morirán a causa del SIDA es mayor que el de los que ya han muerto por esa causa. La crisis se ha convertido en catástrofe.

El VIH/SIDA es la cuarta causa mayor de defunciones en el mundo y la primera causa de defunciones en África (413). Pese a su amplia difusión, la epidemia se halla aún en las fases iniciales. Los funcionarios de salud pública estiman que las enfermedades y defunciones registradas hasta ahora representan solo el 10% del impacto definitivo (287, 406). Según las proyecciones de los investigadores, en 2010 el VIH/SIDA reducirá aproximadamente 30 años la esperanza media de vida de la población de algunos países africanos (338).

- La cultura puede hacer daño
- Perfil: Hizo pública su situación
- La educación deberá comenzar temprano
- Condomes para una doble protección
- Los huérfanos: un nuevo reto
- ¿Qué pueden hacer los padres?
- Cómo llegar a los niños de la calle.
- El centro de atención: la juventud



CAMPAÑA MUNDIAL CONTRA EL SIDA 2001

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...



Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particulmente los nuevos materiales de comunicación que ofrece el:

"Detente, escucha y aprende todo lo que puedas acerca del VIH/SIDA. Prevención y vida, ¡es tu alternativa!"

Joey DiPaolo, educa sobre el SIDA y vive con el VIH

"Debemos involucrar a los jóvenes que viven con el VIH/SIDA en la lucha contra la epidemia. Después de todo, ellos saben mejor que nadie lo que significa vivir con el SIDA."

Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas

Número estimado de hombres y mujeres de 15 a 24 años de edad que vivían con el VIH/SIDA en diciembre de 2001

Región	Mujeres jóvenes	Hombres jóvenes	Personas jóvenes
<i>África, Subsahariana</i>	5,700,000	2,800,000	8,600,000
<i>Asia Oriental y el Pacífico</i>	87,000	200,000	2800,000
<i>Asia Meridioinal y sudoriental</i>	930,000	590,000	1,500,000

**Centro de Medios/Materiales
(M/MC) de JHU/PIP**
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Correo electrónico:
mme@jhucp.org

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para solicitar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publicación del Population
 Information Program, Center for
 Communication Programs, The
 Johns Hopkins University
 Bloomberg School of Public
 Health, 111 Market Place, Suite
 310, Baltimore, Maryland
 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
 Otoño de 2001
 Serie L, Número 12
 Temas sobre salud mundial

<i>América Latina</i>	170,000	260,000	420,000
<i>Región del Caribe</i>	72,000	59,000	130,000
<i>África del Norte y Cercano Oriente</i>	110,000	41,000	150,000
<i>Europa Oriental y Asia Central</i>	85,000	340,000	420,000
<i>América del Norte</i>	47,000	100,000	150,000
<i>Europa Occidental</i>	33,000	55,000	89,000
<i>TOTAL</i>	7,300,000	4,500,000	11,800,000

Nota: Las cifras se han redondeado.

Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2001 (432)

[Anterior](#) | [Siguiete](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
 Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucp.org

Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
 - [Actividad heterosexual](#)
 - [Relaciones entre personas del mismo sexo](#)
 - [Inyección de drogas](#)
 - [Otros medios de transmisión del VIH](#)
 - [El VIH y otras infecciones de transmisión sexual](#)
3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
4. [Cómo abordar la epidemia](#)
5. [Para llegar a los jóvenes](#)
6. [Las consecuencias de la inacción](#)
7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)
8. [Perfiles](#)
9. [La juventud, centro de las estrategias](#)

Cómo se infectan las personas jóvenes

Los jóvenes, como los adultos, contraen básicamente el VIH de tres maneras: a través de las relaciones sexuales entre hombres y mujeres; a través de las relaciones sexuales entre los hombres y a través de las inyecciones intravenosas de drogas (158). El hecho de tener otras infecciones de transmisión sexual puede contribuir a que aumente de dos a ocho veces la posibilidad de contraer el VIH/SIDA durante el coito con una persona infectada (96, 126, 148, 173).

El VIH también puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia (ver el recuadro, [La transmisión de VIH de la mère à l'enfant](#)). Como la primera generación de criaturas así infectadas estaría ahora en la adolescencia, la proporción aún viviente de ellas probablemente sea pequeña (274).

Una pequeña proporción de las infecciones se debe a otros medios de transmisión, como la transfusión de sangre infectada y las actividades que llevan a la ruptura de la piel con equipo no esterilizado (359).

Actividad heterosexual

El VIH/SIDA ha obligado a examinar de nuevo qué significa “tener relaciones sexuales”, especialmente entre las personas jóvenes. Es importante saber cómo definen los jóvenes esto de “tener relaciones sexuales” puesto que ayuda a determinar si consideran o no que están en riesgo, cómo responden a los esfuerzos de prevención del VIH y cómo se refieren a su experiencia sexual en las encuestas.

En las encuestas en general se ha considerado que las personas son sexualmente activas solo si el coito es vaginal. Pero ciertas formas de comportamiento sexual como el coito anal, aunque no

- [Figuras](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliografía](#)

Temas principales

- [Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes](#)
- [La cultura puede hacer daño](#)
- [Perfil: Hizo pública su situación](#)
- [La educación deberá comenzar temprano](#)
- [Condomes para una doble protección](#)
- [Los huérfanos: un nuevo reto](#)
- [¿Qué pueden hacer los padres?](#)
- [Cómo llegar a los niños de la calle.](#)
- [El centro de atención: la juventud](#)

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...



Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención

están relacionadas con el embarazo, exponen al riesgo de contraer el VIH/SIDA y otras ITS. En realidad, el coito anal heterosexual es común (110). En los pocos estudios que han examinado qué piensan los jóvenes mismos se han encontrado considerables diferencias acerca de lo que éstos suponen que constituye un acto sexual (30, 44, 128, 195, 301, 303, 317, 325).

No obstante, muchos jóvenes declaran ser sexualmente activos (ver el **Cuadro 2**). Los hombres jóvenes encuestados tienden más que las mujeres a declarar que tienen experiencia sexual. Muchas mujeres jóvenes no son sexualmente activas; en efecto, en solo cuatro países encuestados: Canadá, Côte d'Ivoire, Togo y Estados Unidos, más de la mitad de las mujeres de 15 a 19 años de edad declaran tener experiencia sexual. Además, en los países con datos disponibles, los hombres jóvenes tienden más que las mujeres a tener numerosas parejas sexuales (ver la **Figura 1**).

En algunos lugares la actividad sexual entre las personas jóvenes solteras ha disminuido en los últimos años. En Lusaka, Zambia, por ejemplo, 35% de las mujeres no casadas en 1996 declararon que eran sexualmente activas, en comparación con 52% en 1990 (162). En Tamil Nadu, India, la proporción de hombres jóvenes que declararon tener relaciones sexuales con parejas ocasionales descendió de casi 50% en 1996 al 30% en 1998 (162). En Uganda la edad media de los adolescentes de zonas urbanas durante la primera relación sexual es de dos años más, un cambio quizá responsable de que la prevalencia del VIH haya declinado un 33% entre las mujeres embarazadas de 15 a 19 años de edad (14).

Las mujeres jóvenes enfrentan considerable riesgo. El riesgo de infección por el VIH durante el coito sin protección es de dos a cuatro veces mayor para la mujer que para el hombre (7, 171, 312). La transmisión del hombre a la mujer es más probable, puesto que durante el coito vaginal el área superficial del aparato genital femenino expuesta a las secreciones sexuales del compañero es más grande que la del hombre. Además, la concentración de VIH es generalmente más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer (203, 388).

Las adolescentes corren aún más riesgo que las mujeres

del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particularmente los nuevos materiales de comunicación que ofrece el:

Centro de Medios/Materiales (M/MC) de JHU/PIP
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Correo electrónico:
mme@jhucpp.org

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para solicitar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
Otoño de 2001
Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

adultas. La vagina y el cuello del útero de las mujeres jóvenes son menos maduros y menos resistentes al VIH y otras ITS como la clamidia y la gonorrea. Debido a los cambios del aparato reproductivo durante la pubertad, el tejido es más susceptible a la penetración por el VIH. Además, los cambios hormonales relacionados con el ciclo menstrual suelen estar acompañados de un adelgazamiento del tapón mucoso protector que cubre el cuello del útero. Ese adelgazamiento puede permitir que el VIH pase más fácilmente. Las mujeres jóvenes producen solo escasas secreciones vaginales, que oponen una débil barrera a la transmisión del VIH (22, 140, 141, 250, 289). A medida que se realizan más estudios sobre la infección por VIH en los que se incluyen tanto mujeres como hombres, se encuentra que, por razones desconocidas, las mujeres se enferman con cargas víricas más bajas que los hombres (79, 377).

Relaciones entre personas del mismo sexo

Se estima que en el mundo industrializado 70% de la transmisión del VIH ocurre entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. ONUSIDA estima que 5% a 10% de los casos de VIH en el mundo se deben a la transmisión de la infección entre los hombres (157).

La adolescencia puede ser un período especialmente difícil para los hombres y mujeres jóvenes que están explorando su sexualidad y experimentan tanto con relaciones del mismo sexo como heterosexuales (382). Muchas personas jóvenes tienen relaciones heterosexuales durante el principio de la adolescencia antes de identificarse más adelante como lesbianas u homosexuales (314). Los hombres jóvenes que mantienen relaciones con otros hombres se ven forzados a menudo a hacer arreglos clandestinos para mantener en secreto su orientación sexual (60).

En muchos países las comunidades abiertamente homosexuales, o “gay”, son raras o incluso inexistentes. Pero en casi todos los países hay hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (con inclusión del coito peneal-anal y peneal-oral) aunque ellos no se consideren homosexuales y los demás tampoco (155, 157, 162, 247). Se ha

acuñado la frase “hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres” en oposición a “hombres homosexuales” y se la usa ampliamente para poner de manifiesto este hecho.

Si bien son escasos los datos provistos por las investigaciones sobre las relaciones del mismo sexo entre los adolescentes de países en desarrollo, especialmente en aquellos que exhiben la prevalencia más elevada de VIH, los datos de los Estados Unidos sugieren que los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con otros del mismo sexo constituyen un riesgo considerable. De acuerdo con los Centros de Estados Unidos para el Control y la Prevención de Enfermedades (US CDC), 50% de todos los casos de SIDA notificados en los Estados Unidos en 1999 entre los varones de 13 a 24 años de edad eran hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres (373). Aunque en Estados Unidos las tasas de infección por VIH parecen haber declinado entre los hombres adultos que tienen relaciones con otros hombres, las tasas de infección aparentemente han subido entre los muchachos jóvenes que tienen relaciones con hombres, especialmente entre las minorías (374). Como muchos hombres jóvenes que tienen relaciones con otros hombres también tienen relaciones sexuales con las mujeres, es posible que introduzcan el VIH en un grupo de población más grande (10, 24, 55, 157, 160).

Si bien se cree que el riesgo biológico de transmisión del VIH a través de la relación sexual entre una mujer y otra es bajo, el US CDC aconseja que esas mujeres tomen ciertas precauciones, como usar guantes de látex y diques dentales para reducir el contacto con los humores corporales de la pareja (316, 371). Puesto que el VIH puede encontrarse en las secreciones genitales, la sangre menstrual y la leche materna, la exposición a estos líquidos durante las relaciones sexuales de una mujer con otra podría llevar a una infección. Además, en promedio, las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen más parejas sexuales que las mujeres de la población general y hacen más uso de drogas inyectadas (81, 343).

[Parte principal](#) | [Contenido](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org

Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
 2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
 3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
 - [El comportamiento de los adolescentes los hace más vulnerables](#)
 - [Falta de información](#)
 - [Normas y expectativas](#)
 - [Pobreza y privación](#)
 - [Intolerancia y discriminación social](#)
 4. [Cómo abordar la epidemia](#)
 5. [Para llegar a los jóvenes](#)
 6. [Las consecuencias de la inacción](#)
 7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)
 8. [Perfiles](#)
 9. [La juventud, centro de las estrategias](#)
- [Figuras](#)
 - [Cajas](#)
 - [Bibliografía](#)

Temas principales

- [Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes](#)

¿Por qué tan vulnerables?

Las personas jóvenes son mucho más vulnerables al VIH/SIDA que las personas mayores. Como el desarrollo social, emocional y psicológico de los jóvenes es incompleto, estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta cabal del peligro. En realidad, el comportamiento sexual arriesgado suele ser parte del cuadro más amplio del comportamiento de los adolescentes, incluidos el uso de alcohol y drogas, la delincuencia y el desafío a la autoridad (75).

Al mismo tiempo, algunos investigadores advierten que no debe tenerse una visión simplista de los adolescentes según la cual estos son “vulnerables” o están “en riesgo”. Semejante perspectiva puede nublar las ideas acerca de la situación de la juventud, arguyen los investigadores, pues las personas jóvenes no constituyen un grupo homogéneo y, además, pueden actuar por sí mismas (155).

Por otra parte, en su mayoría las personas jóvenes tienen sólo un conocimiento limitado del VIH/SIDA, en gran parte porque la sociedad no les facilita la obtención de información. Con frecuencia las políticas sociales ponen de manifiesto la intolerancia y discriminación contra la juventud, como cuando limitan el acceso a la información sobre la salud y al cuidado de ésta (127). Como los adolescentes están en un período de transición en el que ya no son niños pero no han llegado a la edad adulta, las respuestas de la salud pública a las necesidades de esos adolescentes suelen ser contradictorias y llevar a confusión (223). Al mismo tiempo, las normas y expectativas sociales, junto con la opinión de los compañeros, influyen poderosamente en el comportamiento de los jóvenes, generalmente de manera tal que contribuyen a aumentar los riesgos para la salud.

El comportamiento de los adolescentes los hace más vulnerables

- [La cultura puede hacer daño](#)
- [Perfil: Hizo pública su situación](#)
- [La educación deberá comenzar temprano](#)
- [Condomes para una doble protección](#)
- [Los huérfanos: un nuevo reto](#)
- [¿Qué pueden hacer los padres?](#)
- [Cómo llegar a los niños de la calle.](#)
- [El centro de atención: la juventud](#)

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...



Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particularmente los nuevos materiales de comunicación que ofrece el:

Centro de Medios/Materiales (M/MC) de JHU/PIP

**111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA**

Correo electrónico: mmc@jhucep.org

¿Por qué en la adolescencia aumenta la vulnerabilidad al VIH/SIDA? La adolescencia es un período de comportamiento imprevisible (70, 284, 354). Al faltarles el discernimiento que viene con la edad, los adolescentes por lo común no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos.

Para los jóvenes, los riesgos que presenta el VIH/SIDA pueden ser particularmente difíciles de comprender. Como el VIH tiene un largo período de incubación, el comportamiento arriesgado de una persona no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas. Al mismo tiempo, para una persona joven los costos sociales potenciales de prevenir la infección por el VIH, inclusive la pérdida de la relación, la pérdida de confianza y la pérdida de aceptación por parte de los compañeros, puede ser un precio demasiado alto que pagar para la mayoría de los adolescentes (393). Además, muchos jóvenes no están enterados de qué se entiende por comportamiento sexual arriesgado (357, 392).

Aun si reconocen en general el riesgo de contraer el VIH/SIDA, muchos adolescentes creen que ellos mismos son invulnerables. En Tanzania, por ejemplo, solo 26% de los estudiantes varones en trevistados pensaban que estaban en “alto riesgo” de contraer el VIH/SIDA, pese a que 48% pensaban que sus amigos estaban en alto riesgo (225).

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para solicitar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
Otoño de 2001
Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial



JHU/CCP

Muchos adolescentes experimentan con tipos de comportamiento arriesgados como fumar, generalmente sin darse cuenta de las posibles consecuencias adversas.

Estos hallazgos ponen de manifiesto el sentido distorsionado de invulnerabilidad al VIH/SIDA de muchos jóvenes (127). Esta manera de sentir lleva a que muchas personas jóvenes ignoren el riesgo de infección y por lo tanto, a que no tomen precauciones (53, 283, 352). Huelga decir que muchos adultos tampoco prestan atención a los riesgos y no se consideran vulnerables.

La madurez cognoscitiva parece estar relacionada con el comportamiento sexual más libre de riesgos. En Kenia y Zambia, por ejemplo, las mujeres jóvenes con preparación académica superior tienen más probabilidad de usar

anticonceptivos (186, 218). En Mozambique el nivel alto de escolaridad estaba relacionado con el mayor uso de condones (162). En Uganda las mujeres jóvenes con educación secundaria exhibían los descensos más notables de prevalencia del VIH de 1991 a 1997 (181).

Aun en lugares donde la prevalencia del VIH/SIDA es alta, como Sudáfrica, algunas personas jóvenes no se consideran en riesgo, mientras otros han dicho en discusiones de grupos de enfoque que si se infectaran, serían otros los responsables y no ellos (217). Algunos jóvenes hasta ponen en duda la existencia del SIDA (381). En Zimbabwe, donde la prevalencia nacional del VIH entre las mujeres jóvenes es superior al 23%, más de la mitad de las jóvenes entrevistadas dijeron que no corrían riesgo de ser infectadas por el VIH/SIDA (361).

Aun si conocen el riesgo, algunas personas jóvenes quizá lo ignoren. Las mujeres jóvenes pueden adoptar intencionalmente un comportamiento sexual arriesgado, especialmente en las culturas en las que el matrimonio es sumamente valorado y la condición social de la mujer depende de que encuentre marido y tenga hijos (43, 297). En algunas partes de Camerún la competencia por un buen partido es intensa. De allí que las jóvenes que se ven ante la amenaza de verse desplazadas por otras muchachas se aventuren en relaciones sexuales sin protección para reforzar las probabilidades de contraer matrimonio (238). En partes de Asia las mujeres jóvenes tal vez opten por el comercio sexual porque la remuneración es mejor que en muchas otras ocupaciones (56, 202).

Algunas personas jóvenes incluso reinciden en el comportamiento sexual peligroso después de diagnosticárseles la infección por el VIH (257). En los Estados Unidos los investigadores encontraron que los adolescentes infectados por el VIH tenían una probabilidad dos veces mayor que los adultos infectados de adoptar un comportamiento de tan alto riesgo como practicar el coito sin protección y compartir con otros las agujas para inyectarse drogas (64).

Otro tipo de comportamiento arriesgado y el VIH.

Muchos adolescentes que experimentan con el tabaco, el alcohol, la actividad sexual y las drogas consideran que se trata de ritos de paso a la edad adulta. La propensión a correr riesgo se aplica a toda clase de riesgos. En Tanzania, por ejemplo, los jóvenes de 16 a 24 años que fumaban y bebían alcohol tenían una probabilidad cuatro veces mayor que otros de la misma edad de tener numerosas parejas sexuales (225). En Kenia el único factor predictivo más importante de la actividad sexual entre las mujeres adolescentes era el uso de alcohol, drogas o tabaco (189). Estudios realizados en Puerto Rico, la parte continental de los Estados Unidos y en otras partes han dado a conocer información parecida (251, 305). Los tipos de comportamiento peligrosos también están directamente vinculados; por ejemplo, entre los estudiantes universitarios de Estados Unidos, los que habían tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o las drogas tenían una probabilidad 2,5 veces mayor de no haber usado ninguna protección (273).

Ansiedad y turbación. La sexualidad produce en muchos jóvenes ansiedad y turbación, en parte porque es común que la sociedad misma reaccione de esa manera ante este tema (18, 393). Aun los jóvenes que saben cómo protegerse del VIH/SIDA suelen carecer de las aptitudes sociales para hacerlo (20, 384). La ansiedad y la aprensión impiden a menudo que los jóvenes usen condones porque para ello se requiere el conocimiento y cooperación de la pareja.

Muchas personas temen poner en peligro la relación si le piden a la pareja que les informe sobre su actividad sexual anterior (95). Optan entonces por considerarse “seguras” en lugar de enfrentar la molestia de tomar medidas que garanticen su seguridad (381). Pero al mismo tiempo, son muchos los que dicen que se sentirían aliviados si la pareja sacara a colación la cuestión de la protección (122, 214).

Algunos jóvenes, especialmente las mujeres, corren riesgo de contraer el VIH/SIDA por tener un sentido de inferioridad (271) o por sentirse incómodos con su sexualidad (32). A menudo las personas jóvenes no creen que pueden controlar su comportamiento sexual o anticonceptivo. Niegan que

necesitan anticonceptivos o exageran la dificultad de obtenerlos (344). Muchos evitan tomar cualquier decisión para protegerse (32). Es común que la gente niegue el riesgo para hacer frente al estrés (34). Los adolescentes que niegan el riesgo personal que corren de contraer el VIH/SIDA pueden ignorar los mensajes para prevenir el SIDA, descartar su importancia o pensar que ellos no son los responsables de la protección (20).

La opinión de sus iguales. En su mayoría, los jóvenes son extremadamente sensibles respecto de la opinión de sus iguales. Especialmente entre los adolescentes mayores, la percepción de lo que piensan los compañeros tiene por lo común mayor influencia en el comportamiento sexual o en cualquier otro tipo de comportamiento arriesgado que las opiniones de los padres y otros adultos (94, 239, 261). Los estudios llevados a cabo en los Estados Unidos y otras partes han mostrado que el comportamiento sexual de los amigos influye en el comportamiento sexual de los jóvenes (356, 386). Cuando los adolescentes creen que sus iguales piensan que el coito sin protección no es peligroso, es más probable que ellos mismos no se protejan durante las relaciones sexuales (32).

En Kenia los varones adolescentes cuyos amigos eran sexualmente activos tenían una probabilidad siete veces mayor de ser también ellos sexualmente activos (189). En Uganda los hombres jóvenes declaran que los compañeros ejercen presión sobre ellos para que “prueben que son hombres” (134). Y un muchacho sudafricano dijo: “No es suficiente enamorarla. Uno tiene que ser capaz de demostrar a los amigos que se ha acostado con ella” (381). Las mujeres jóvenes también pueden experimentar ese tipo de presión. En Sudáfrica las adolescentes dicen que sus compañeras pondrán en ridículo a las que no pueden mantener una relación amorosa por negarse a tener relaciones sexuales (297).

[Anterior](#) | [Siguiete](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA

Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucp.org

Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
4. [Cómo abordar la epidemia](#)
 - [Hacia un ambiente favorecedor](#)
 - [Educación sobre el SIDA](#)
 - [Comunicación a través de los medios de difusión](#)
 - [El uso del condón](#)
 - [Orientación, pruebas y remisión voluntarias](#)
 - [Tratamiento y atención de los infectados por el VIH](#)
 - [Formas de ayudar a los jóvenes a ganarse el sustento](#)
5. [Para llegar a los jóvenes](#)
6. [Las consecuencias de la inacción](#)
7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)

Cómo abordar la epidemia

En varios países en desarrollo las recientes declinaciones de la prevalencia del VIH/SIDA entre las personas jóvenes, acompañadas de signos evidentes del cambio de comportamiento individual, dan esperanzas de que a la larga se ha de contener la epidemia:

- En Tailandia la incidencia del VIH entre los jóvenes reclutas del ejército declinó un 90% entre 1991 y 1995, después que el gobierno adoptara una campaña integral de prevención del SIDA (151).
- En Lusaka, Zambia, la prevalencia del VIH entre las mujeres de 15 a 19 años de edad bajó del 28% en 1993 al 15% en 1998, y en algunas zonas rurales se experimentaron declinaciones similares (93, 424).
- En Uganda varios estudios han documentado declinaciones de la prevalencia del VIH entre los hombres y mujeres jóvenes en los años noventa (14, 181, 254).
- Tanzania también ha experimentado declinaciones recientes de la prevalencia del VIH entre las personas jóvenes (199).

Mientras pocos países han hecho un esfuerzo decidido para abordar la epidemia del VIH/SIDA, la experiencia de 20 años ha demostrado que un enfoque nacional estratégico, y no solo un número mayor de proyectos, es esencial para contener eficazmente la epidemia (162). En Australia, Brasil, Senegal, Tailandia y Uganda, los programas de prevención del SIDA deben su relativo éxito en parte a la colaboración entre el gobierno, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG) (150, 151, 243, 288, 406). Una estrategia contra el SIDA probablemente pueda sostenerse más si se la incluye en el presupuesto nacional del gobierno y en las metas de desarrollo (62).

Dentro de la estrategia de prevención del SIDA es esencial incluir una combinación de enfoques, entre ellos los siguientes:

- Defensa y promoción. Al defender y promover el control de la propagación del VIH/SIDA se informa y motiva a las autoridades y comunidades en el nivel internacional, regional, nacional y local.
- Educación y comunicación. Mediante la comunicación y la

8. Perfiles

9. La juventud, centro de las estrategias

- Figuras
- Cajas
- Bibliografía

Temas principales

- Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes
- La cultura puede hacer daño
- Perfil: Hizo pública su situación
- La educación deberá comenzar temprano
- Condomes para una doble protección
- Los huérfanos: un nuevo reto
- ¿Qué pueden hacer los padres?
- Cómo llegar a los niños de la calle.
- El centro de atención: la juventud

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...



Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de

educación se alerta a las personas jóvenes acerca de los riesgos que presenta el VIH/SIDA y se promueve un comportamiento más sano, por ejemplo, a través de programas basados en el plan de estudios de las escuelas, campañas por los medios de difusión pública, educación entre compañeros y programas de divulgación comunitaria.

- Acceso a los condones. Los condones son el único método anticonceptivo que también previene la transmisión del VIH. Si se los pone al alcance de todos los jóvenes se ayudará a controlar la propagación del VIH/SIDA.
- Orientación, pruebas y remisión voluntarias. El hecho de que la persona conozca su situación con respecto al VIH puede llevar a un comportamiento sano. Además, a medida que los tratamientos sean más ampliamente accesibles, la orientación y las pruebas voluntarias tempranas pueden conducir a que se brinde atención oportuna (156).
- Mejoramiento de la vida de las personas jóvenes. Los intentos de prevención del SIDA dirigidos a proteger la salud de los jóvenes surtirán más efecto si se suman a ellos otros esfuerzos para mejorar las condiciones económicas y sociales de los jóvenes (7).

As program efforts to change people's behavior continue, other efforts to influence social norms and empower communities to address the epidemic are becoming more important. Researchers and policy-makers now recognize that individual behavior is more likely to change in the context of a supportive community (7, 155, 156, 184, 223, 264, 329).



Ministerio de Salud de Sudáfrica

Patrick Coleman para JHU/CCP

capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particulmente los nuevos materiales de comunicación que ofrece el:

**Centro de Medios/
Materiales (M/MC) de
JHU/PIP
111 Market Place, Suite
310
Baltimore, MD 21202 USA
Correo electrónico:
mmc@jhucpp.org**

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para solicitar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
Otoño de 2001
Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

Una compañía de teatro estudiantil de Sudáfrica representa una obra para jóvenes sobre el VIH/SIDA. Algunos llevan camisetas con el cartel de la campaña "Acción frente al SIDA, La juventud: una fuerza para el cambio" (ver la inserción). La epidemia del SIDA requiere que se la aborde de diversas maneras, como abogar por sus víctimas, impartir educación sexual y fomentar el diálogo.

[Anterior](#) | [Siguiete](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org

Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
 2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
 3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
 4. [Cómo abordar la epidemia](#)
 5. [Para llegar a los jóvenes](#)
 - [Participación de los padres y la familia](#)
 - [Participación de los hombres](#)
 - [Llegar a los jóvenes expuestos a riesgo especial](#)
 - [Formación de asociaciones con la juventud](#)
 6. [Las consecuencias de la inacción](#)
 7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)
 8. [Perfiles](#)
 9. [La juventud, centro de las estrategias](#)
- [Figuras](#)
 - [Cajas](#)
 - [Bibliografía](#)

Para llegar a los jóvenes

Para combatir la epidemia de VIH/SIDA entre los jóvenes se requiere llegar no solo a los jóvenes mismos sino también a quienes influyen en su vida. Los padres y otros familiares pueden ayudar a prevenir el VIH/SIDA entre las personas jóvenes. También los programas de prevención del VIH/SIDA pueden esforzarse más para alcanzar a los hombres, tanto adolescentes como adultos, que generalmente desempeñan un papel dominante en las relaciones sexuales con las mujeres jóvenes.

Para responder a los retos del VIH/SIDA también se requiere llegar a los millones de jóvenes vulnerables que viven al margen de la economía y la sociedad. Si se convence a los jóvenes mismos de que colaboren en la planificación y ejecución de programas de prevención del SIDA se ayudará a asegurar que los programas satisfagan las necesidades de la juventud.

Participación de los padres y la familia

Los padres, por supuesto, influyen grandemente en el comportamiento filial relacionado con la salud. En un estudio realizado en los Estados Unidos, cuando se les preguntó a los estudiantes quién influía más en lo que decidían acerca de la actividad sexual, 37% citaron a sus padres, mientras 30% citaron a sus amigos (261). Además de los padres, otros familiares adultos y personas de la comunidad influyen en el comportamiento relacionado con la salud de los adolescentes.

Los estudios muestran que los jóvenes que viven en un ambiente familiar estable, positivo y solidario, con padres que los observan, se ven envueltos en menos situaciones de riesgo (29, 191, 200, 304). El afecto de los padres ayuda a evitarle al hijo adolescente problemas de comportamiento como la violencia y la delincuencia (318). En una escuela de Estados Unidos los alumnos de sexto y séptimo grado con padres comprensivos tendían menos a usar drogas o a intervenir en peleas y tenían mayor probabilidad de retrasar la actividad sexual que los compañeros emocionalmente solos (355). En una variedad de

Temas principales

- Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes
- La cultura puede hacer daño
- Perfil: Hizo pública su situación
- La educación deberá comenzar temprano
- Condomes para una doble protección
- Los huérfanos: un nuevo reto
- ¿Qué pueden hacer los padres?
- Cómo llegar a los niños de la calle.
- El centro de atención: la juventud

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...



Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particularmente los nuevos materiales

otros estudios se han comunicado hallazgos similares (19, 36, 209, 242, 396, 426).

Los padres suelen decir que debería educarse a los jóvenes acerca del VIH/SIDA. En Brasil, por ejemplo, la vasta mayoría de mujeres entrevistadas en una zona de bajos ingresos dijeron que no querían que sus hijas crecieran como ellas, sin educación sexual (393). En un estudio realizado en Kenia más de las tres cuartas partes de los padres de niños de 10 a 14 años de edad dijeron que en la escuela debería educarse a los adolescentes sobre el VIH/SIDA y otras ITS y también sobre planificación familiar y otros temas de salud reproductiva (177).

En algunos programas para la juventud se ha tratado de que los padres participen en cursillos y grupos de discusión, suministrando material impreso, servicios de consulta telefónica directa y otras fuentes de información y describiendo el papel de los padres en presentaciones por los medios de difusión (103, 276). Por lo común, los mejores programas son los que reúnen a los padres y los jóvenes y estimulan el diálogo (192).

“Lo bueno de la familia es que no hay secretos. Todo se comparte”, dice este cartel mexicano, para luego agregar: “Es tiempo de

de comunicación que ofrece el:

**Centro de Medios/Materiales (M/
MC) de JHU/PIP**
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA
Correo electrónico: mmc@jhucp.org

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para solicitar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
Otoño de 2001
Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial



Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA)

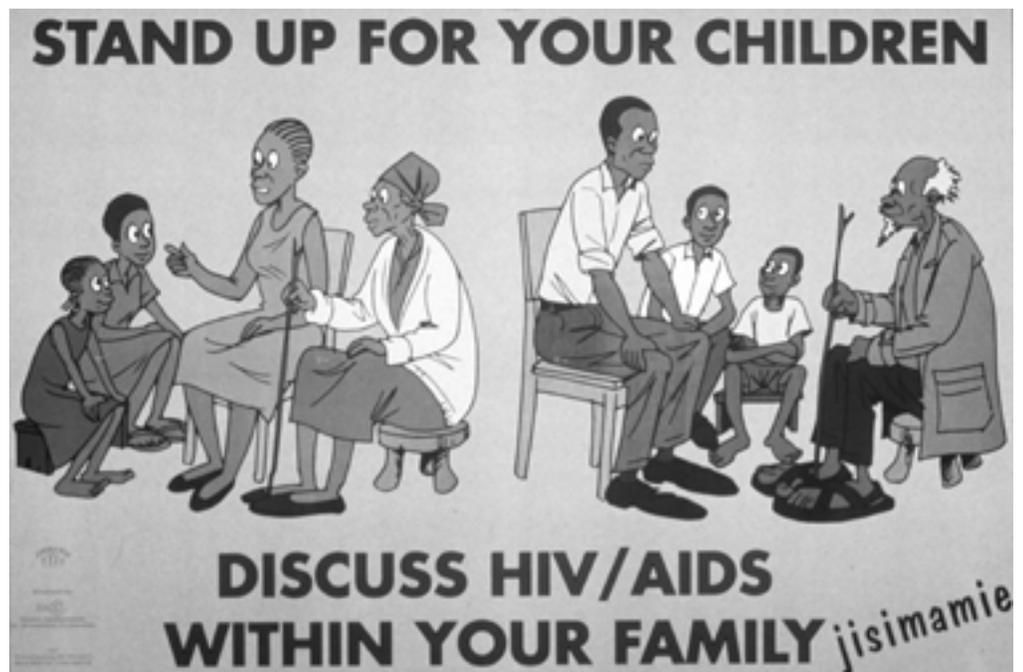
actuar". En el cartel el hermano mayor le muestra unos condones al hermano menor. Los estudios muestran que los jóvenes con una familia estable y solidaria y padres que los siguen de cerca toman menos riesgos.

La comunicación entre padres e hijos. Por lo general, la comunicación entre padres e hijos en lo que atañe a la sexualidad es difícil. Padres e hijos por igual no se sienten cómodos cuando se toca ese tema y tratan de evitarlo (36, 393). En Sudáfrica las adolescentes dijeron que temían hablar sobre cuestiones sexuales con sus padres (217). En Zimbabwe las personas jóvenes declararon que el diálogo con los padres acerca de la sexualidad estaba generalmente monopolizado por éstos, que no hacían más que advertirles acerca de los peligros de las relaciones sexuales (402). En México, los jóvenes también citaron otros obstáculos para la comunicación, como la falta de tiempo, no llevarse bien con los padres y la falta de confianza en los consejos de éstos (393).

En numerosas culturas era tradicional que los padres no hablaran sobre cuestiones sexuales con sus hijos. Ese papel lo

asumían los abuelos, tías y tíos. Hoy día, el colapso de las culturas tradicionales ha dejado a muchos padres frente al problema de hablar con sus hijos acerca del VIH/SIDA y la sexualidad, para lo cual muchos de ellos no están preparados (186, 402).

El VIH/SIDA es un tema especialmente delicado que muchos padres tratan de evitar. En Kenia menos de la mitad de los padres de adolescentes habían hablado sobre el VIH/SIDA con ellos el año anterior (177). Muchos padres saben muy poco acerca del VIH/SIDA y les preocupa no tener la información necesaria para transmitirla a sus hijos (36, 120, 133). En los Estados Unidos los padres dijeron que una de las razones para la comunicación deficiente era que los hijos adolescentes podrían hacerles preguntas que quizá no sabían contestar (142). En los países en desarrollo, especialmente en las zonas rurales, los padres suelen tener menos educación que los hijos y les preocupa carecer de los conocimientos suficientes para hablar con ellos de la sexualidad (402). En China se adiestra a los jóvenes para que eduquen a otros jóvenes acerca del VIH y las cuestiones sexuales, en parte porque muchos padres no saben qué decir (54).



Ministerio de Salud de Kenia, Jisimamie, BADC, NASCOP

Este cartel de Kenya aboga por el diálogo sobre el VIH/SIDA entre padres e hijos. Aunque las conversaciones sobre cuestiones sexuales pueden resultar difíciles tanto para los adultos como para los jóvenes, casi todos los expertos están de acuerdo en que el diálogo sobre las relaciones sexuales debe empezar temprano y llevarse a cabo con frecuencia.

Cuando los padres hablan con sus hijos acerca de la sexualidad, por lo común no tienen mucho efecto. En Zimbabwe, a pesar de que muchos padres dijeron que habían hablado con los hijos sobre el SIDA, ninguno de los adolescentes entrevistados citaron a los padres como fuente importante de información sobre este tema (402). En un estudio realizado en los Estados Unidos 90% de las madres dijeron que habían hablado con sus hijos sobre la sexualidad, pero solo dos tercios de estos estuvieron de acuerdo con esta declaración (142).

En su mayoría, los investigadores concuerdan en que la comunicación entre padres e hijos sobre el VIH/SIDA y la sexualidad deberá empezar temprano, de modo que pueda desarrollarse cómodamente a medida que el hijo vaya madurando. Una sola conversación seria sobre la sexualidad en el umbral de la pubertad probablemente resulte forzada y difícil. Pero las charlas anteriores proporcionan la base para una discusión fructífera (37). La discusión entre padres e hijos resultará, naturalmente, más provechosa dentro de una estrecha relación afectuosa.

En los Estados Unidos la Campaña Nacional para Prevenir el Embarazo en la Adolescencia ofrece 10 consejos para ayudar a los padres a hablar sobre la sexualidad con sus hijos adolescentes (260). He aquí los consejos:

- Exprese claramente cuáles son sus valores respecto de la sexualidad antes de hablar con sus hijos sobre este tema.
- Hable con sus hijos temprano y con frecuencia acerca de la sexualidad.
- Trate de que sus hijos intervengan en la conversación y de que esta no se convierta en un sermón.
- Supervise y vigile a sus hijos.
- Conozca a los amigos de sus hijos y a las familias de aquellos.
- Desaliente el noviazgo temprano, frecuente y constante y favorezca las actividades en grupo.

- Desaliente el noviazgo cuando haya gran diferencia de edad, especialmente si se trata de mujeres jóvenes.
- Conozca qué programas ven sus hijos en la televisión y escuchan en la radio y qué están leyendo.
- Haga saber a sus hijos que usted valora la educación.
- Haga saber a sus hijos cuánto los valora usted.

[Anterior](#) | [Siguiete](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org

Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
 2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
 3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
 4. [Cómo abordar la epidemia](#)
 5. [Para llegar a los jóvenes](#)
 6. [Las consecuencias de la inacción](#)
 - [Consecuencias sociales y económicas](#)
 - [Estrategias que funcionan](#)
 - [Ahora es el momento de actuar](#)
 7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)
 8. [Perfiles](#)
 9. [La juventud, centro de las estrategias](#)
- [Figuras](#)
 - [Cajas](#)
 - [Bibliografía](#)

Temas principales

- [Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes](#)
- [La cultura puede hacer daño](#)

Las consecuencias de la inacción

Mundialmente es poco probable que se contenga la epidemia del SIDA entre los jóvenes sin una estrategia integral y una campaña en gran escala para terminar con las infecciones por el VIH. Incluso los vigorosos esfuerzos que se tomen ahora mismo para refrenar globalmente el SIDA tendrán efecto demasiado tarde para muchos jóvenes. En Zimbabwe, por ejemplo, a causa del SIDA, un muchacho de 15 años en 1983 tenía sólo un 15% de probabilidad de morir antes de cumplir los 50 años de edad, en comparación con el 50% de probabilidad de un muchacho de 15 años en 1997. Se proyecta que en Botswana, 90% de las niñas y 88% de los varones que cumplieron 15 años en 2000 morirán de SIDA con los niveles de riesgo corrientes. En Zimbabwe y Sudáfrica el SIDA será la causa de defunción de casi tres cuartas partes de los varones que ahora tienen 15 años de edad (162, 420).

Peor aún, las defunciones debidas al SIDA se reducirían solo un poco en los países peor afectados por la epidemia incluso si el riesgo de infección por el VIH pudiera reducirse a la mitad antes de 2015, según estimaciones de ONUSIDA. Esto se debe a que mucha gente ya está infectada y probablemente infectará a muchos otros (162). En Botswana, aun si el riesgo de infección se redujera a la mitad en 2015, casi 80% de los varones que actualmente tienen 15 años de edad se morirían a causa del SIDA. Lo mismo en Zambia, donde incluso con el riesgo reducido a la mitad en 2015, más de la mitad de los varones que actualmente tienen 15 años de edad se morirían de SIDA (ver la [Figura 4](#)). Estas sombrías estadísticas son similares a las de las mujeres que ahora tienen 15 años.

A menos que los esfuerzos inmediatos y concertados por prevenir el SIDA puedan reducir a casi cero el riesgo de infección por VIH, quizá ya sea demasiado tarde para evitar cifras catastróficas de defunciones por SIDA en la generación actual de hombres y mujeres jóvenes en los países con la más alta prevalencia del VIH, como África Meridional. En otros países donde el VIH aún no se ha extendido, la adopción de estrategias que prevengan la infección por el VIH entre los

- Perfil: Hizo pública su situación
- La educación deberá comenzar temprano
- Condomes para una doble protección
- Los huérfanos: un nuevo reto
- ¿Qué pueden hacer los padres?
- Cómo llegar a los niños de la calle.
- El centro de atención: la juventud

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...



Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particularmente los nuevos materiales de comunicación que ofrece el:

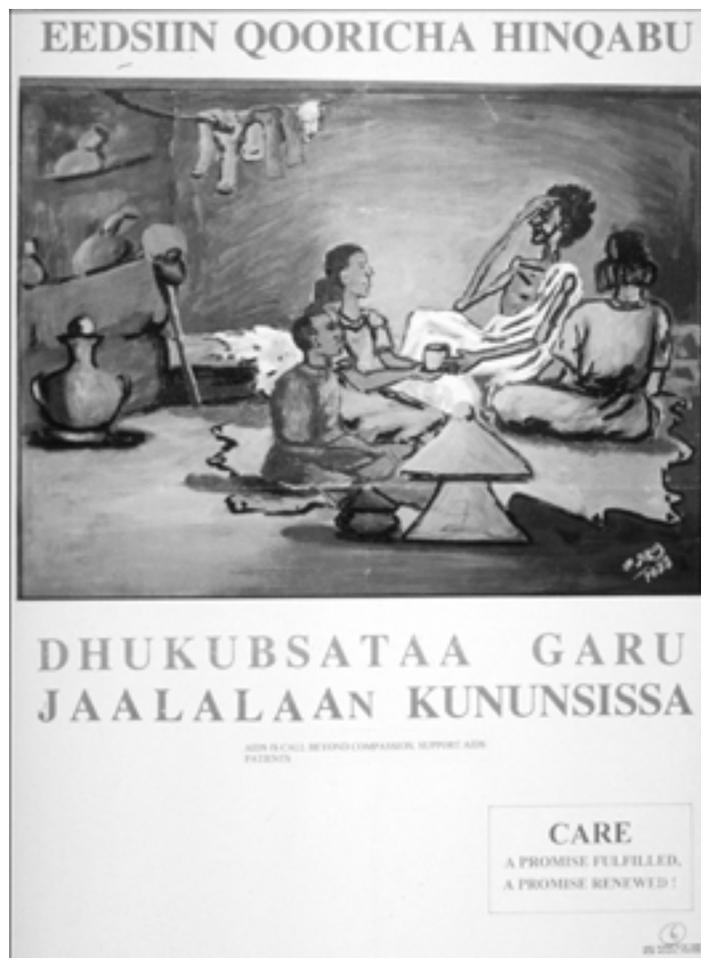
Centro de Medios/Materiales (M/MC) de JHU/PIP

111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202 USA

Correo electrónico: mmc@jhucpp.org

jóvenes puede ayudar a que millones de estos no sufran el mismo destino.

La prevención del VIH/SIDA entre la juventud es el objetivo principal de la meta establecida en la Sesión Especial sobre el SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2001 (166): en 2005 haber reducido en un 25% la prevalencia del VIH en los países más castigados. Los esfuerzos en ese sentido deben extenderse a amplios sectores de la juventud, incluidos los niños que están llegando a la pubertad, los adolescentes y adultos jóvenes, y abordar una variedad de factores a fin de desarrollar y sostener un comportamiento sano (ver el recuadro La juventud, centro de las estrategias).



En este cartel de Etiopía el SIDA se presenta como la plaga que es. Mundialmente, solo con una campaña de gran escala contra el VIH/SIDA puede esperarse terminar con el sufrimiento

CARE Ethiopia

Consecuencias sociales y económicas

Los altos niveles de infección por el VIH entre personas más y

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para solicitar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
Otoño de 2001
Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

más jóvenes son índice del fracaso de la sociedad en su misión de proteger a los niños (158). Cuando no se logra proteger a los niños, el mundo arriesga su futuro. Si los niveles de prevalencia del VIH suben, no solo la salud sufrirá serias consecuencias, sino que también habrá serias consecuencias demográficas, económicas y sociales (111).

Debido a la alta mortalidad debida al SIDA, la población de algunos países del África Subsahariana comenzará a contraerse en los próximos tres años (338). Hacia 2010 la esperanza media de vida podría descender a unos 30 años en algunos países duramente afectados por el SIDA, como Botswana, Mozambique, Namibia, Swazilandia y Zimbabwe. En Lesotho, Malawi, Rwanda y Sudáfrica, las proyecciones indican que la esperanza de vida bajará a alrededor de 35 años. En algunos lugares el SIDA está haciendo declinar la esperanza de vida a niveles de más o menos un siglo atrás (338).

Resulta más difícil evaluar y predecir los efectos sociales y económicos del VIH/SIDA que hacer proyecciones demográficas. Por un lado, la epidemia del SIDA tiene aún que completar su ciclo en cualquiera de los países (398). Por otro lado, ciertos efectos del VIH/SIDA, como la desesperación y el pesar, no pueden medirse fácilmente (334). Sin embargo, es probable que la muerte prematura de tantos adultos lleve a la escasez de mano de obra y a una mayor necesidad de asistencia pública (4, 165).

A medida que aumenta el número de adultos que mueren a causa del SIDA, los encargados de dirigir el gobierno serán adultos cada vez más jóvenes, que deberán responsabilizarse de servicios clave como la seguridad civil, los tribunales, la educación y la atención de salud (222). Ya ahora más de la cuarta parte del personal médico mismo de los países más castigados por el SIDA está infectado por el VIH (166).

En algunas comunidades, muchos adolescentes son cabezas de familia, crían niños y cuidan a sus padres que están muriéndose de SIDA (165). Sin una intervención inmediata, lo que está ocurriendo hoy en esas comunidades podría ocurrir en el futuro en pueblos, ciudades e incluso en naciones enteras.

Escasez de maestros. Por razones desconocidas, las tasas del VIH/SIDA son extremadamente altas entre los maestros y administradores de escuelas, especialmente en África. En la República Centroafricana 107 escuelas han cerrado debido a la escasez de maestros, en gran parte a causa del VIH/SIDA. Según se estima, en los primeros 10 meses de 1998 murieron en Zambia 1.300 maestros, dos terceras partes del número de nuevos maestros adiestrados anualmente (361). En Botswana la mortalidad entre los maestros de escuela primaria aumentó un 60% en los últimos cinco años (364).

Los investigadores estiman que en África un maestro con el VIH pierde 6 meses de tiempo profesional antes de desarrollar el SIDA y luego pierde otros 12 meses antes de morir a causa de la enfermedad (2, 162). En 1999, según las estimaciones, 860.000 niños del África Subsahariana perdieron a sus maestros a causa del SIDA (361). Podría haber por delante perturbaciones aún más graves en el sector educativo. En una encuesta de cuatro países: Kenia, Uganda, Zambia y Zimbabwe, se necesitarán por lo menos hasta fines de 2010 más maestros de los que hay disponibles, sobre todo en las zonas rurales (2, 162).

En respuesta a esta situación, algunos planificadores de la educación están proponiendo formas de ayudar a los maestros mismos a aprender cómo evitar el SIDA y dando más vigor a los códigos de conducta que prohíben el contacto sexual entre maestros y estudiantes (212). Hay quienes están ya pidiendo nuevos métodos educativos, como la enseñanza a distancia para maestros y estudiantes, la capacitación en el trabajo y la expansión de establecimientos de preparación de maestros (62).

El impacto de la escasez de maestros en el futuro de los jóvenes probablemente se sienta de varias maneras, como por ejemplo, la falta de oportunidades para estudiar y las clases con mayor número de alumnos. Es probable que para los estudiantes, la presencia en el aula de un maestro que gradualmente sucumbe víctima del SIDA sea un impacto psicológico debilitante (364).

La infancia perdida. Allí donde las defunciones causadas por el SIDA han obligado a muchos adolescentes a asumir el papel

de adultos, la transición de la infancia a la vida adulta está desapareciendo. A menudo los niños tienen que abandonar la escuela para cuidar a un padre o pariente que se está muriendo. Como el SIDA consume el presupuesto familiar, queda menos dinero para la educación de los niños, la atención de la salud y otras necesidades. En Tailandia, por ejemplo, 15% de las familias campesinas afectadas por el SIDA sacaron a un niño de la escuela. En Côte d'Ivoire, los gastos de la familia en educación se han reducido a la mitad (4, 162). En Uganda, después de la muerte de uno de los padres o de ambos, la probabilidad de que los niños vayan a la escuela baja a la mitad y los jóvenes que van a la escuela pasan en ella menos tiempo que antes. Además, los niños que cuidan a parientes con SIDA pero siguen yendo a la escuela suelen ser mayores que sus compañeros y tienden más a dejar temprano la escuela (4, 222).

Algunas de las estrategias propuestas para aliviar el impacto del VIH/SIDA en los niños son los subsidios para los gastos escolares, como uniformes y derechos de matrícula. Otras incluyen el ofrecimiento de vales para alimentos u otra forma de asegurar que el niño reciba una comida (4).

Disminución de la productividad. La pérdida de adultos a raíz del SIDA probablemente provoque la disminución de la productividad en los países más castigados. Algunos economistas prevén que en el sector manufacturero la mortalidad por SIDA llevará a una declinación de las entradas y por ende a un crecimiento económico más lento (406). El VIH/SIDA probablemente lleve a la escasez de mano de obra, sobre todo en la agricultura. En algunas regiones ya se está informando que están disminuyendo los cultivos alimentarios (162). Es improbable que los jóvenes sin experiencia como agricultores sepan mucho acerca de prácticas fundamentales como el riego, el mejoramiento de los suelos y el manejo eficaz del ganado. Solo serían capaces de cultivar lo que pueden hacer por sí mismos, lo que significaría pasar de los cultivos comerciales a la agricultura de subsistencia (162). En combinación con prácticas antisociales como apoderarse de la tierra de las viudas o los huérfanos por causa del VIH/SIDA, esas tendencias podrían poner en peligro la seguridad alimentaria en algunas regiones, lo que ya es un serio problema en numerosos países de bajos ingresos (124).

[Anterior](#) | [Siguiente](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucpp.org



VIH/SIDA

Qué quieren saber los jóvenes

Population Reports compiló de publicaciones de distinta fuente estas preguntas que hacen los jóvenes. Las respuestas pueden ayudar a informar a los jóvenes acerca del SIDA y a fomentar el comportamiento sano.

Esta lista de preguntas frecuentes puede arrancarse y copiarse para distribuirla a los jóvenes y a los proveedores de atención de salud.

¿Qué es el VIH/SIDA?

El VIH, virus de la inmunodeficiencia humana, infecta y debilita a las personas, enfermándolas seriamente e incapacitándolas para luchar contra otras enfermedades. El SIDA, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se desarrolla entre los 2 y 10 años transcurridos después de la infección por el VIH. Una persona con SIDA finalmente muere de enfermedades causadas por infecciones relacionadas con el VIH.

¿Cómo adquiere uno la infección por el VIH?

Usted puede infectarse si la sangre, el semen o el fluido vaginal de alguien que tiene el VIH entra en su cuerpo. Hay tres cosas principales que lo ponen a uno en riesgo de adquirir el VIH:

- | Tener relaciones sexuales con una persona que tiene el VIH sin usar cada vez un condón correctamente.
- | Inyectarse drogas por vía intravenosa con agujas contaminadas con el VIH.
- | Punzarse, tatuarse, hacerse cortaduras en el cuerpo con agujas, navajas u otros objetos cortantes que no han sido esterilizados y están contaminados con el VIH.

Además, los niños pueden infectarse en el útero, durante el parto o durante el amamantamiento si la madre tiene el VIH.

¿Puedo ser infectado por el VIH si practico el coito oral o anal, pero no el coito vaginal?

Sí.

¿Puedo adquirir el VIH si tengo relaciones sexuales con una persona infectada que no ha adquirido el virus en sus relaciones sexuales, sino de otra manera?

Sí. Las personas con el VIH pueden pasar el virus a otros a través de cualquier comportamiento que permita transmitir el VIH, sea como sea la forma en que ellas mismas lo adquirieron.

¿Puedo adquirir el VIH a través del contacto ocasional con personas infectadas?

No. No es posible infectarse por ir a la misma escuela, usar el mismo inodoro, beber del mismo vaso o hacer cualquier otra cosa que no expone a que entren en el cuerpo la sangre, el semen o los fluidos vaginales de una persona infectada. Los besos con una persona infectada no pueden transmitir el VIH a menos que la saliva o la sangre de la persona infectada se mezcle con la sangre suya al pasar, por ejemplo, a través de cortaduras o llagas.

¿Puedo adquirir el VIH por la picadura de un mosquito u otro tipo de insecto?

No.

¿Puede uno darse cuenta de que alguien tiene el VIH/SIDA con solo mirarlo?

No. A menudo la apariencia de una persona con VIH/SIDA no es diferente de la de otras personas. Las personas que viven con el VIH/SIDA pueden desarrollar problemas de salud, pero también puede ocurrirles lo mismo a quienes no lo tienen.

¿Existe alguna vacuna que pueda protegerme contra el VIH?

No. Se están realizando investigaciones pero hasta ahora no se ha desarrollado una vacuna contra el VIH.

Si se me ha tratado por otras infecciones de transmisión sexual (ITS), ¿soy inmune al VIH?

No. Las ITS contribuyen a aumentar la probabilidad de que la pareja sexual le transmita el VIH y de que usted lo transmita a otras parejas. Si le han tratado las ITS y se ha curado, la probabilidad de contraer el VIH es menor pero no desaparece.

¿Hay alguna manera 100% eficaz de protegerme contra el VIH/SIDA?

Sí. Puede evitar la infección por VIH si:

- | Se abstiene por completo de las relaciones sexuales, o si usted y su pareja tienen relaciones sexuales solo entre ustedes y están seguros de que ninguno de los dos ha sido infectado por el VIH. (La única manera de estar seguros de que usted y su pareja están libres del VIH es sometiéndose a una prueba para determinar la presencia del VIH y yendo a ver juntos los resultados.) Y
- | No comparte con otros agujas para inyectarse drogas por vía intravenosa. Y
- | No se punza ni tatúa el cuerpo ni se corta con agujas, navajas u otros objetos cortantes que otros pueden haber usado sin esterilizarlos después.

Si tengo el VIH y tengo relaciones sexuales con alguien que no está infectado, ¿me ayudará eso a curarme?

No, y además usted podría infectar a la otra persona con el VIH.

¿Hay alguna cura para el VIH/SIDA?

No. Una vez que usted esté infectado, el VIH permanecerá en su cuerpo por el resto de su vida.

(Continúa en la página siguiente)



¿Protegen los condones contra la infección por el VIH?

Sí. El uso correcto de condones masculinos o femeninos en cada acto sexual, inclusive la primera vez que tenga relaciones sexuales, protege contra la infección por el VIH. Otro beneficio de los condones es que también previenen el embarazo. Es muy importante usar el condón *cada vez*. También es importante usarlo correctamente para que no se rompa o deslice durante el coito. Muchas personas no usan constantemente o correctamente los condones, arriesgándose así a contraer una infección por el VIH.

¿No es cierto que el VIH es tan pequeño que puede pasar a través del condón?

No. Si se usa correctamente, el condón es una barrera eficaz contra el VIH.

Si la pareja sexual quiere usar un condón, ¿significa eso que la persona tiene el VIH o piensa que la otra persona lo tiene?

No. Muchas personas usan el condón porque es una manera más segura de tener relaciones sexuales. En realidad, el condón es el único método anticonceptivo que proporciona doble protección, es decir, protege tanto contra la infección por el VIH como contra el embarazo. Algunas personas prefieren usar el condón para evitar el riesgo de contraer el VIH junto con otro método anticonceptivo para agregar más protección contra el embarazo.

¿Qué ocurre si tengo el VIH/SIDA y tengo relaciones sexuales o me inyecto drogas con otra persona que tiene el VIH/SIDA?

Los dos seguirán teniendo el VIH/SIDA. En realidad, su salud puede empeorar porque cada uno de ustedes le pasa al otro porciones mayores de virus. Esto se llama reinfección.

¿Cómo puedo estar seguro de que no tengo el VIH?

Puede hacerse examinar para saber si tiene el VIH. La prueba del VIH detecta anticuerpos del VIH, sustancias que el cuerpo produce cuando lo infectan virus o bacterias. Generalmente se necesita que pasen tres a seis meses después de estar expuesto al VIH para que la prueba detecte estos anticuerpos. En los dispensarios de salud y otros servicios se dispone de varias clases de pruebas del VIH. Para las pruebas más comunes se requiere una muestra de sangre, orina o células del interior de la mejilla. Quizá tenga que esperar varios días o semanas hasta tener el resultado de la prueba, aunque las pruebas más nuevas pueden darle los resultados después de unos minutos. La prueba del VIH también deberá incluir antes y después una sesión de orientación con un profesional de salud que le ayude a comprender la prueba y sus resultados y conteste sus preguntas.

¿Cuándo deberé hacerme la prueba del VIH?

Es importante que se haga la prueba si actualmente o alguna vez se comportó de manera que pudiera exponerlo a la infección por el VIH, como tener relaciones sexuales sin usar un condón o inyectarse drogas.

En circunstancias especiales como las siguientes es conveniente someterse a la prueba del VIH:

- | Usted está por iniciar una relación sexual con alguien y los dos quieren estar seguros de que no hay riesgo de infección por VIH.
- | Usted y su pareja planean tener un bebé y quieren estar seguros de que este no correrá riesgo de infección por VIH transmitida por la madre durante el embarazo, el parto o la lactancia.
- | Usted quiere confirmar su propio estado con respecto al VIH porque una pareja sexual o alguien con quien compartió agujas está seriamente enfermo o acaba de morir, y usted sospecha que tenía el SIDA.

¿Cuáles son los posibles resultados de una prueba del VIH?

El resultado de la prueba puede ser VIH-negativo, VIH-positivo, o indeterminado. Si el resultado de su prueba es VIH-negativo, probablemente quiere decir que usted no está infectado, pero podría significar en cambio que usted se sometió a la prueba demasiado pronto después de la exposición al VIH para que hayan llegado a desarrollarse anticuerpos. Si el resultado es VIH-positivo, es casi seguro que está infectado. Es poco probable que un resultado VIH-positivo esté equivocado. Un resultado indeterminado significa que no está claro si usted tiene o no el VIH. En ese caso tendrá que someterse otra vez a la prueba. Además, ya sea que el resultado de la prueba sea VIH-negativo o VIH-positivo, a veces podría pedírsele que se someta otra vez a la prueba para estar seguros del resultado.

¿Con qué frecuencia tendré que someterme a la prueba?

La frecuencia con que deberá hacerse la prueba depende de su situación, de modo que deberá consultar con un proveedor de atención de salud para que le dé una respuesta concreta. Si por su comportamiento está expuesto a una infección, es importante que se someta a la prueba cada seis meses aproximadamente porque podría infectarse en cualquier momento.

¿Hay alguna diferencia entre una prueba anónima y una prueba confidencial?

Sí. En la prueba anónima no se le pide ninguna información personal, como su nombre, dirección o número de teléfono, de modo que nadie, excepto usted, tiene acceso a los resultados de la prueba del VIH. En la prueba confidencial, su información personal se conecta al resultado de la prueba, pero se mantiene en privado y no se da a conocer a otros.

¿Tengo que decirle a alguien cuál es mi estado con respecto al VIH/SIDA?

Solo usted puede decidir si contarle o no a alguien y a quién contarle cuál es su estado con respecto al VIH/SIDA. Tal vez un consejero pueda ayudarle a tomar la decisión.

¿Cuál es la mejor manera de decirle a alguien que tengo el VIH/SIDA?

Tendrá que armarse de valor para contar a los amigos íntimos y a los familiares que usted tiene el VIH/SIDA. Antes de contarle a alguien, deberá sentirse emocionalmente estable acerca de su estado. Quizá quiera consultar con un consejero especializado en el VIH, un educador de compañeros, un agente de atención de salud o un clérigo y pedirle sugerencias o consejo. Cuando le cuente a la gente, deberá estar preparado para enfrentar distintas reacciones, desde el miedo y el enojo a la compasión y la comprensión.

Contenido

Resumen de los editores
Credits

Capitulos

1. La epidemia invisible
2. Cómo se infectan las personas jóvenes
3. ¿Por qué tan vulnerables?
4. Cómo abordar la peidemia
5. Para llegar a los jóvenes
6. Las consecuencias de la inacción
7. VIH/SIDA:
Qué quieren saber los jóvenes
8. Perfiles
9. La juventud, centro de las estrategias

Figuras
Cuadros
Recuadros
Bibliografía

Perfiles del VIH/SIDA:



Hizo pública su situación

“Yo era joven y buen mozo y podía tener todas las muchachas que quería. Entonces empecé a sentirme enfermo.” —Mark

Mark, de 26 años de edad, contrajo el VIH a los 18 años. Ahora dedica su tiempo a hablar a los jóvenes sobre los peligros de las relaciones sexuales sin protección.

“Yo empecé a ser sexualmente activo muy jovencito. Todo lo que quería era acostarme con diferentes muchachas para demostrar a mis amigos que era un hombre. Había decidido darme la gran vida. No usaba condones y tampoco les preguntaba a mis amigas cuántas parejas habían tenido antes de mí.

“Entonces empecé a enfermarme. Cuando me sentí muy enfermo decidí ir al hospital y me diagnosticaron neumonía y tuberculosis. En la comunidad, cuando uno tiene tuberculosis la gente empieza a decir que uno tiene el VIH. Para demostrarles que estaban equivocados decidí hacerme la prueba de detección del VIH.

“Volví al hospital y me hice la prueba. Me dijeron que volviera a los dos días para conocer los resultados, pero no volví hasta tres semanas después. Me daba miedo conocer los resultados. Finalmente me armé de coraje y fui al hospital. Los resultados eran positivos. Lo primero que hice fue ponerme a llorar.

“Por largo tiempo no le conté a nadie lo del VIH y seguí llevando la misma vida de antes, manteniendo relaciones sexuales con distintas muchachas. Cada día que pasaba me sentía más desgraciado. Sabía que debía aceptar el hecho de que era VIH-positivo y de que tenía que empezar toda una vida nueva. Tendría que contarle a mis amigos, mi novia y mi familia que tenía el VIH.

“Pocos meses después de enterarme de que era VIH-positivo, empecé a ir a un centro de orientación sobre el VIH. No sabía que mi padre había ido al hospital para ver al médico que había hecho las pruebas. El médico le dijo a mi padre que yo tenía el VIH. Mi padre no me dijo ni una palabra y siguió tratándome como siempre.

“Algunas personas de MTV que querían hacer un documental sobre las personas jóvenes que viven con el VIH visitaron el centro de orientación. Me preguntaron si iba a estar en el documental y acepté. El público pudo verlo en la televisión nacional de Zambia. Como lo vieron tantas personas, pensé que esto me daría la ocasión de empezar a hablar sobre mi situación. Pero esto de salir abiertamente a contar que tenía el VIH escandalizó a mucha gente. Experimenté muchas afrentas. Los que me conocían no querían acercarse a mí ni darme la mano. A veces algunos llegaron al extremo de acusarme de asesino. Todo esto me dolió mucho.

“Pero no me arrepiento de haber hablado en público porque quiero hacer saber a otros jóvenes cómo me infecté. Cualquiera puede contraer el VIH y las personas jóvenes son las que corren más riesgo. Yo voy a las comunidades, escuelas y establecimientos de enseñanza superior para hablar a los jóvenes sobre las distintas maneras de protegerse contra la infección. Les digo que si no tienen cuidado pueden terminar como yo: siendo otra estadística.”

Namonje Nakanyika, un periodista de 22 años de edad de la publicación para jóvenes Trendsetters, de Zambia, preparó estos perfiles para Population Reports. En todas las entrevistas se han cambiado los nombres para mantenerlos confidenciales. Trendsetters es el periódico de noticias de mayor circulación en Zambia. Ketan Joshi tomó la fotografía de un mural sobre el SIDA en Durban, Sudáfrica, en julio de 2000.

(Otras entrevistas en las páginas 18, 27 y 31.)

Perfiles del VIH/SIDA:

Educador de sus iguales

“Muchos jóvenes saben que el VIH es real, pero no se detienen a pensar que podría pasarles a ellos.”

—James



James, de 30 años de edad, ha sido un educador de jóvenes como él durante los últimos tres años en un centro de orientación para los habitantes de Zambia que viven con VIH/SIDA. James es VIH-positivo.

“Voy a distintas comunidades del país para educar a los jóvenes acerca del VIH/SIDA. Como educador de mis iguales siempre señalo que el VIH no tiene fronteras y una persona puede infectarse con solo un acto sexual sin protección. Pero una niña o varón adolescente se está divirtiendo demasiado para poder creer esto. La actitud de todos los jóvenes es que ‘A mí no me puede pasar’.

“Son muchos los jóvenes que saben que el VIH es real y aún así no piensan que puede atacarlos a ellos. Así es que vamos a las comunidades y las escuelas junto con personas que viven con el VIH para mostrar cuán cerca de todos nosotros está el VIH. Los jóvenes pueden ver las consecuencias cuando las personas VIH-positivas que están muy enfermas les cuentan cómo se infectaron. A veces vemos

miedo en sus ojos.”





Perfiles del VIH/SIDA:

Los tiempos han cambiado

“Yo soy un hombre africano, pero cuando se trata de la salud de mis hijos, dejo de lado mis creencias tradicionales. Yo hablo con mis hijos acerca de la sexualidad.”

—Joseph

Joseph tiene 46 años y es el padre de seis hijos, tres de los cuales son adolescentes.

“No es fácil para un padre africano sentarse y hablar con sus hijos acerca de la sexualidad. El tabú sobre este tema se remonta a tiempos tan lejanos como la tradición africana misma. Pero hoy día nuestros adolescentes se ven asaltados por la información equivocada de sus compañeros y de las revistas y terminan infectándose con el VIH/SIDA. Los jóvenes toman decisiones erróneas sobre las relaciones sexuales porque sus padres no los tienen informados.

“Muchos padres tienen miedo de hablar con sus hijos acerca de la sexualidad porque piensan que si estos no son aún sexualmente activos, empezarán a tener relaciones sexuales en cuanto sepan de qué se trata.

“Muchos adolescentes temen hablar con sus padres acerca de cuestiones sexuales porque piensan que los acusarán de acostarse con cualquiera. En cambio, recurren a los amigos, que no les harán preguntas embarazosas ni se interesarán por saber si son sexualmente activos o no. Si uno de mis hijos decide iniciar la actividad sexual, me enteraré gracias a las buenas relaciones que tengo con mis hijos.

“Los adolescentes toman sus propias decisiones, pero los padres pueden tener mucha influencia en ellos. Los padres tienen que dejar de lado las tradiciones y empezar a hablar francamente con sus hijos sobre la sexualidad. A ellos les corresponde inculcarles los principios morales y mostrarles el camino que deben seguir. Si uno les inculca buenos valores, no importa dónde van los hijos ni qué influencias tengan porque siempre harán lo que es correcto.”

(Otras entrevistas en las páginas 13, 18 y 31.)



Perfiles del VIH/SIDA:

Mi hija Liz

“Me resultaba difícil mirar a mi hija sin llorar. Se veía tan indefensa, y yo podía ver la tristeza en su rostro.”

—Janet

“Siempre tuve una estrecha relación con mi hija Liz desde que ella era muy jovencita. Era nuestra única hija y yo quería que fuera abierta conmigo y que se sintiera libre de contarme cualquier cosa.

“Una cosa que mi marido y yo no hicimos fue hablar con nuestra hija sobre ciertas cuestiones de los adolescentes cuando alcanzó la mayoría de edad. No hablamos con ella sobre la sexualidad porque temíamos llevarla a hacer lo que no debía.

“Liz tenía 19 años cuando la relación entre nosotras empezó a decaer. Normalmente, cuando ella no estaba segura de algo se sentaba conmigo y me preguntaba. Al hacerse mayor dejó de hacer esto. Se fue creando un espacio entre nosotras. Deseaba más andar con sus amigos que quedarse en casa.

“Liz no era una mala hija. Era inteligente y humilde. Lo que pasaba era que sentía las presiones de todo adolescente. Tres meses después de terminar los estudios secundarios, Liz nos preguntó si se podía mudar para vivir con sus amigos. Su padre y yo le dijimos que no podía mudarse, y le explicamos por qué. Liz estaba muy enfadada y se rehusaba a hablarnos. De todos modos, después de una semana se fue de casa para vivir con sus amigos. Pasaron seis meses y Liz aún no había vuelto a casa. Yo estaba muy preocupada y me culpaba a mí misma por no ir tras ella.

“Liz volvió a casa después de un año y medio, más o menos, y estaba muy enferma. Había perdido mucho peso y tenía una tos seca y profunda y la piel muy pálida. Le pregunté desde cuándo estaba enferma, pero estaba tan avergonzada que ni siquiera se atrevía a mirarme a los ojos. Empecé a llorar y le pregunté qué era lo que le pasaba. Pero no me dijo nada.

“La llevé al hospital y el médico me dijo que tenía tuberculosis y me dio la receta para una medicina. Yo sabía que Liz tenía el SIDA por la manera en que el médico me hablaba. Me resultaba difícil mirar a mi hija sin llorar. Se veía tan indefensa, y yo podía ver la tristeza en su rostro. Era algo superior a sus fuerzas. Tres semanas después se murió. Hasta el día de hoy lloro a mi hija.”

(Otras entrevistas en las páginas 13, 18 y 27.)



Contenido

Resumen de los editores
Credits

Capítulos

1. La epidemia invisible
2. Cómo se infectan las personas jóvenes
3. ¿Por qué tan vulnerables?
4. Cómo abordar la epidemia
5. Para llegar a los jóvenes
6. Las consecuencias de la inacción
7. VIH/SIDA:
Qué quieren saber los jóvenes
8. Perfiles
9. La juventud, centro de las estrategias

Figuras
Cuadros
Recuadros
Bibliografía

Es cada vez más evidente que los jóvenes deben ser el centro de las estrategias de prevención del SIDA, especialmente en los países más castigados. Donde la epidemia es menos grave, la atención dirigida a los jóvenes ayuda a asegurar que permanezcan libres del VIH. La experiencia sugiere que, para abordar eficazmente el VIH/SIDA, habrá que forjar una amplia alianza de organizaciones de salud pública, educación, desarrollo y políticas públicas que trabajen en conjunción con el sector privado y las ONG. Un marco estratégico centrado en la juventud reconoce que la epidemia del SIDA tiene muchos componentes y que ningún modo de abordarla puede por sí solo llevar al éxito.

El énfasis entre los diversos elementos de la estrategia depende de las características específicas de la epidemia del VIH/SIDA en un país. Por ejemplo, los países que aún están al comienzo de la epidemia deberán centrarse más en educar a los jóvenes acerca del SIDA, mientras que los países en los que el VIH/SIDA ya se ha extendido pondrán el acento en impedir que se siga propagando y en mitigar sus efectos.

Para que la estrategia logre su propósito, las respuestas del programa deberán apoyarse en la investigación operacional y en la evaluación de las necesidades. A medida que se lleva a cabo la estrategia, la observación y la evaluación del impacto ayuda a los planificadores a determinar qué es lo que da o no resultado y si los recursos están o no bien aprovechados. Es fundamental tener pruebas del impacto del programa en el comportamiento de los jóvenes puesto que el cambio de comportamiento es la meta de los programas de prevención del SIDA (50).

Cambio del comportamiento por medio de la educación y la comunicación

- Promover una selección de modos de comportamiento protectores, inclusive el retraso de la iniciación sexual, la abstinencia, el uso constante del condón
- Participación de los jóvenes en todos los aspectos del programa, desde la evaluación de las necesidades a la transmisión del mensaje
- Aprovechar todas las oportunidades posibles, desde el aula hasta la comunidad y la televisión
- Entretener y educar al mismo tiempo
- Desarrollar habilidades para evitar riesgos, como rechazar los avances sexuales, negociar el uso de condones
- Fomentar la autoeficacia, sentirse seguro y capaz de evitar el VIH

Desarrollo de programas para jóvenes con necesidades especiales

- Jóvenes de la calle, huérfanos, trabajadores sexuales, refugiados, militares
- Ir adonde estén
- Satisfacer primero sus necesidades inmediatas

Mitigación de la privación económica y social

- Educación dentro y fuera de la escuela
- Capacitación para el trabajo y desarrollo de pericias comerciales
- Actividades microfinancieras y de generación de ingresos
- Alimentos, vivienda y cuidado de los niños

Servicios acogedores para los jóvenes

- Proveedores de atención comprensivos y discretos
- Una variedad de servicios y establecimientos de remisión, incluidos los destinados a ofrecer orientación y pruebas voluntarias del VIH, salud emocional, necesidades sociales, orientación sobre el abuso de sustancias
- Siempre se respeta el secreto médico
- Horarios convenientes de consultorio, papeleo mínimo
- Bajo costo o ningún costo

Creación de un entorno favorecedor

- Los líderes nacionales otorgan públicamente a la cuestión un alto grado de prioridad, solicitan la cooperación de todos
- La política y las leyes proveen de recursos para los programas para jóvenes, promueven el derecho de los jóvenes a la atención e información en materia de salud, protegen a los jóvenes de la discriminación
- Organizaciones de enlace y coordinadoras en todos los sectores

Fortalecimiento del compromiso financiero

- Más fondos para la prevención general del VIH/SIDA
- Una porción mayor para la juventud
- Compromisos del sector privado así como del gobierno y los donantes internacionales

Condomes ampliamente disponibles

- Acceso fácil, múltiples centros de distribución
- Distribución gratuita o a bajo costo
- Nada de preguntas
- Insistencia en el uso *constante* en el coito vaginal, anal y oral

Vigilancia de la epidemia

- Prevalencia específica por edad e incidencia del VIH y otras ITS
- Observación del conocimiento, actitudes, comportamiento relacionados con la salud
- Evaluación del impacto del programa

Movilización de las comunidades

- Buscar la participación de los padres, maestros, otros adultos
- Demostrar interés y solicitud
- Abogar en nombre de los jóvenes
- Establecer buenos ejemplos
- Desafiar las prácticas tradicionales arriesgadas



Figuras

Figure 1. Relaciones sexuales con múltiples personas

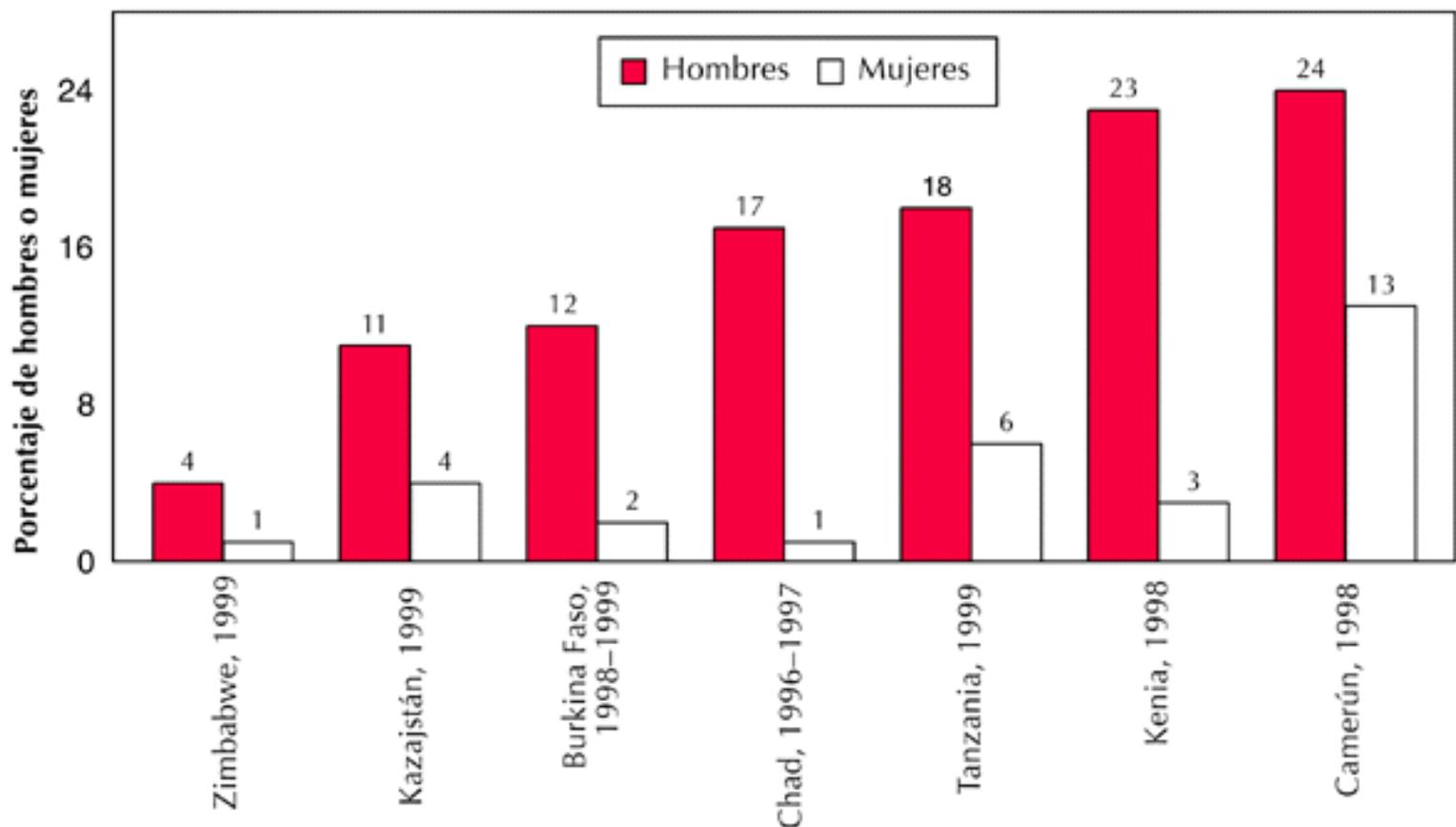
Figure 2. Falta de información

Figure 3. Uso del condón entre las mujeres de 15 a 19 años de edad en la última relación sexual

Figure 4. Porcentaje de varones de 15 años de edad que morirán de VIH/SIDA basado en diferentes niveles de riesgo

Figura 1. Relaciones sexuales con múltiples personas

Porcentaje de jóvenes no casados de 15 a 19 años de edad* que tuvieron relaciones con dos o más parejas sexuales el año anterior, países seleccionados



*Entre todos los jóvenes, tanto sexualmente activos como inactivos

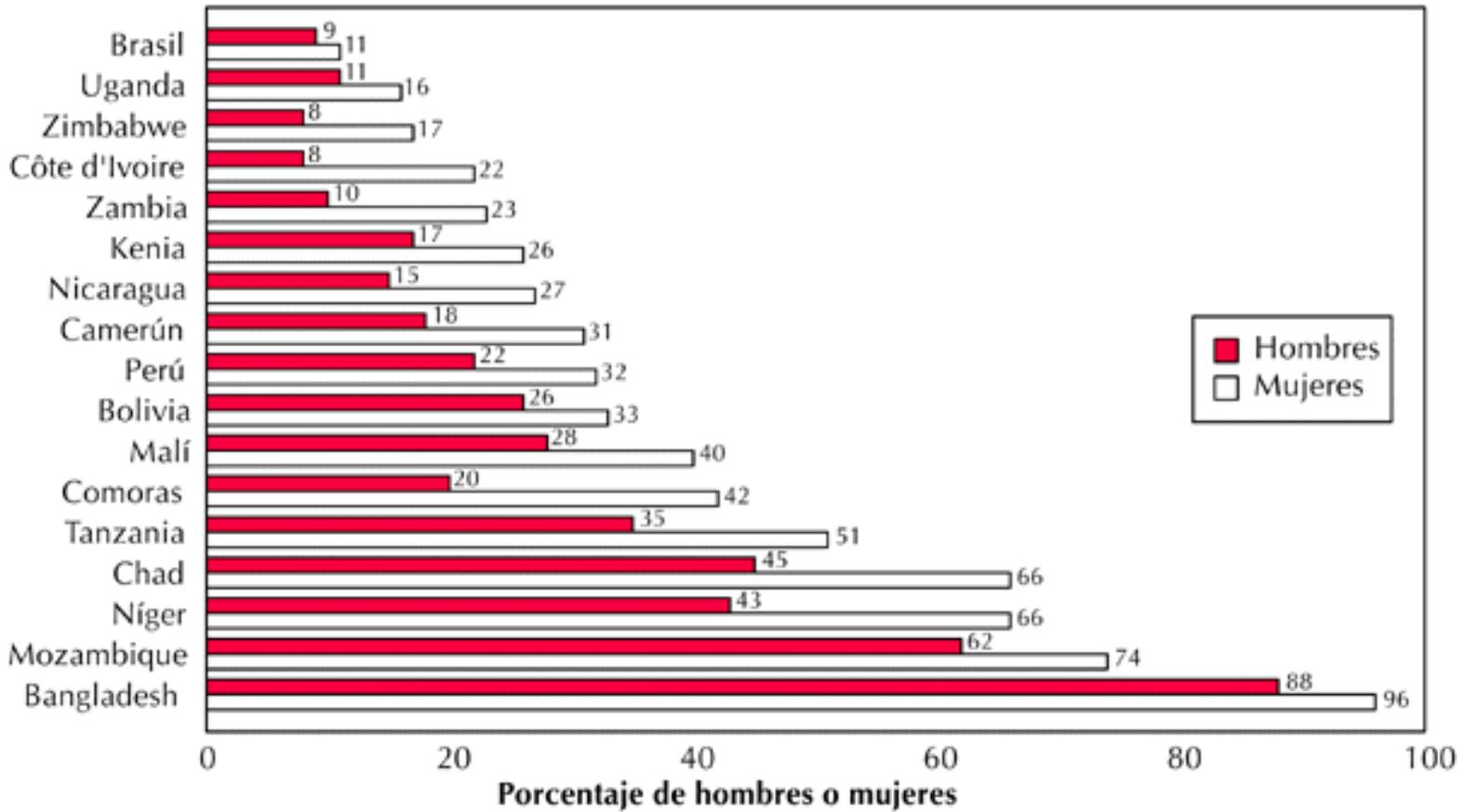
Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1996-1999

Population Reports

[Regresar al capítulo 2](#)

Figura 2. Falta de información

Porcentaje de jóvenes de 15 a 19 años de edad que no conocen ninguna manera de protegerse contra el VIH/SIDA



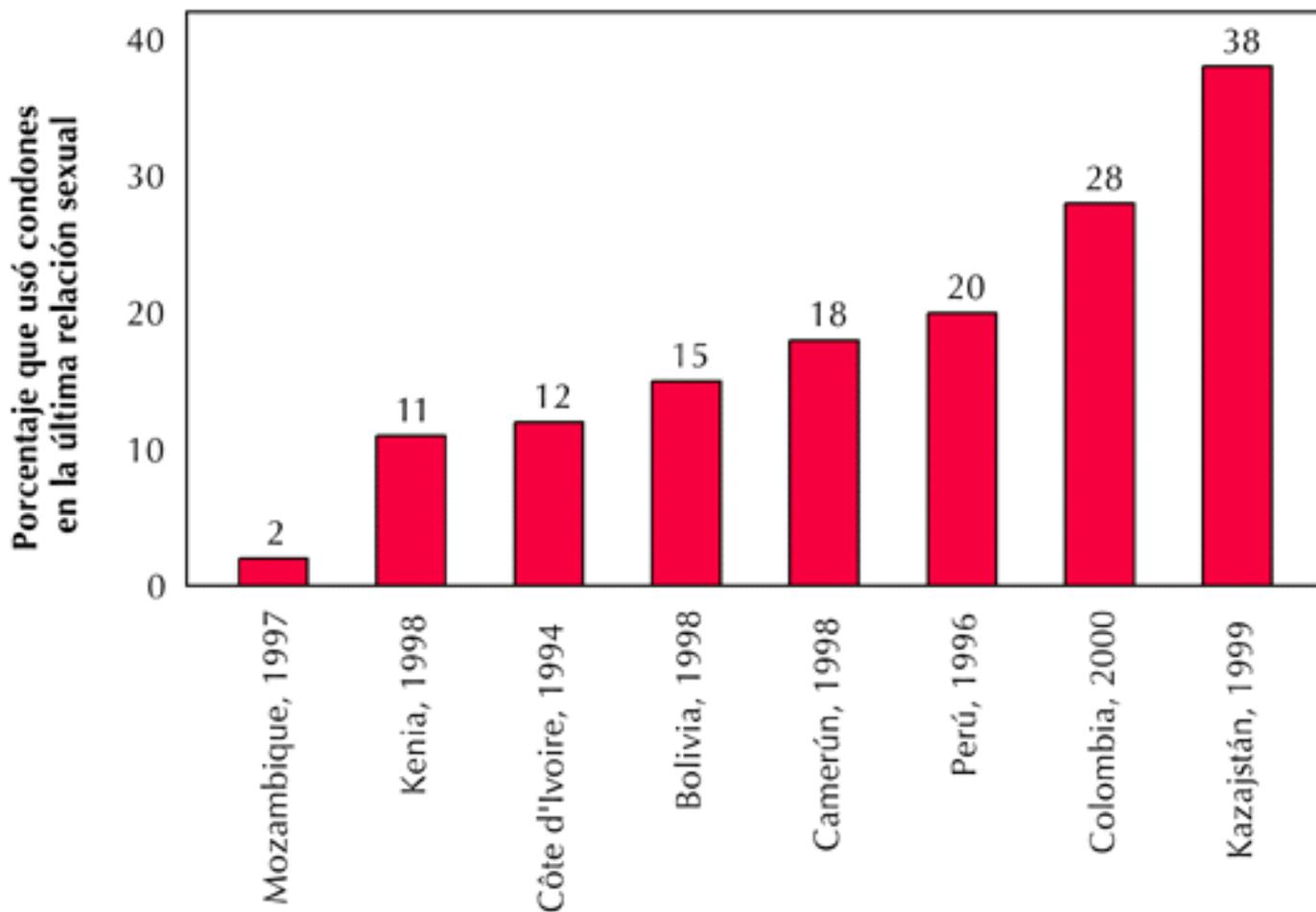
Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2000 (361), basado en las Encuestas Demográficas y de Salud, 1994–1999

Population Reports

[Regresar al capítulo 3.2](#)

Figura 3. Uso del condón entre las mujeres de 15 a 19 años de edad en la última relación sexual

*Porcentaje de mujeres no casadas sexualmente activas en la actualidad que usan condones**



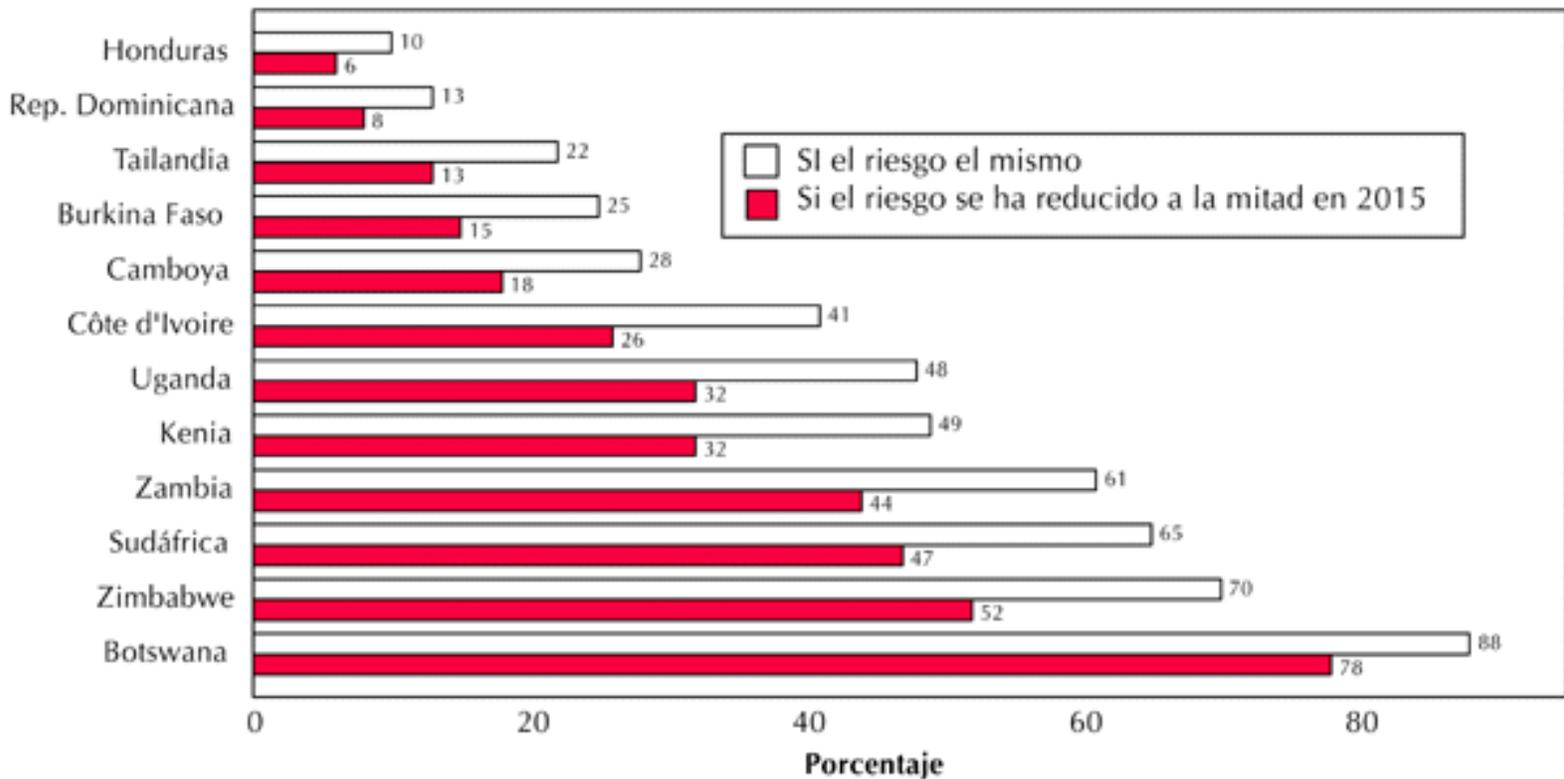
*En tres países se dispone de datos comparable sobre los hombres: Kenia, 1998 (43%), Malawi, 1996 (17%) y Mozambique, 1997 (8%).

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1994–2000

Population Reports

[Regresar al capítulo 4.3](#)

Figura 4. Porcentaje de varones de 15 años de edad que morirán de VIH/SIDA basado en diferentes niveles de riesgo



Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2000 (162), y Zaba, 2000

Population Reports

[Regresar al capítulo 6](#)

[Anterior](#) | [Siguiente](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)

111 Market Place, Suite 310, Baltimore, MD 21202, USA
Phone: (410) 659.6300/Fax: (410) 659.6266/E-mail: Poprepts@jhucp.org

Recuadros

Transmisión del VIH de la madre al hijo

Cómo puede hacer daño la cultura

La circuncisión masculina y el VIH/SIDA: ¿son los adolescentes la clave?

Doble protección: para evitar el embarazo y el VIH/SIDA Los niños que deja huérfanos el SIDA: un nuevo reto

Transmisión del VIH de la madre al hijo

Casi 5 millones de niños han muerto de SIDA antes de cumplir los 15 años de edad desde el inicio de la epidemia, y se estima que 2,7 millones de niños viven con el VIH. Otros 800.000 fueron infectados en 2001 solamente, aproximadamente 90% en el África Subsahariana (432).

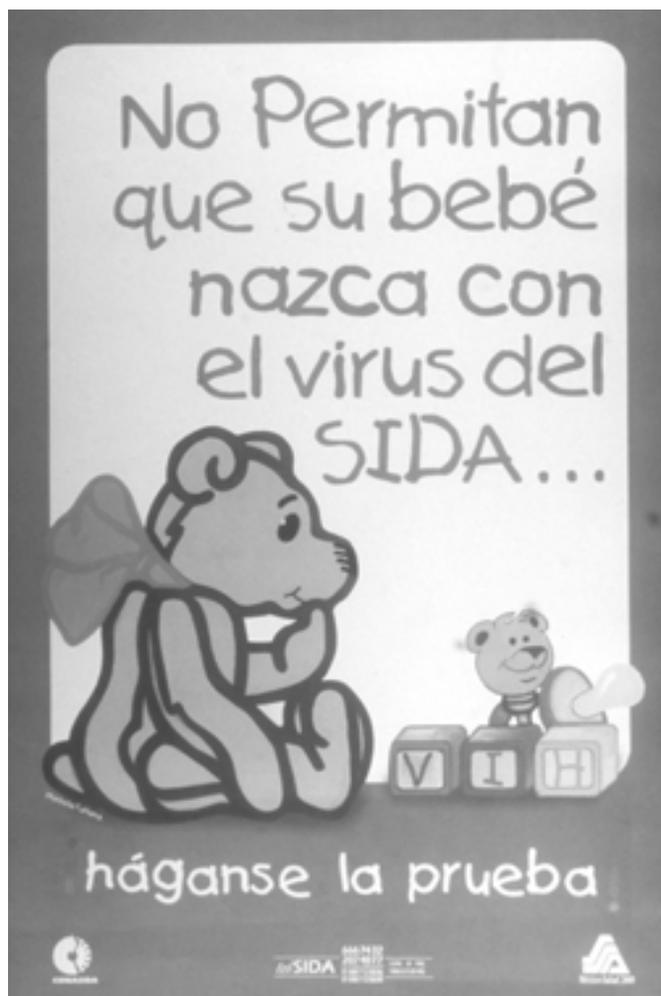
La abrumadora mayoría de los niños con el VIH fueron infectados por sus madres durante el embarazo, el parto o la lactancia. La prevención de la transmisión de la madre al hijo ocupa ahora un alto orden de prioridad en los programas de lucha contra el VIH/SIDA. Sin tratamiento, las tasas de transmisión de la madre a la criatura oscilan entre el 15% y el 20%, de acuerdo con estudios realizados en Europa y Estados Unidos. La lactancia materna puede llevar a un riesgo adicional de transmisión del VIH del 10% al 20%, según estudios realizados en África (415).

¿Amamantamiento?

Continúa el debate acerca de la conveniencia y el momento de recomendar o no la lactancia materna en contraposición con la alimentación artificial, especialmente en países donde la alimentación con biberón es peligrosa a causa del saneamiento deficiente. Los organismos de las Naciones Unidas recomiendan ahora que la alimentación con biberón a partir del nacimiento puede ser una opción más segura que el amamantamiento si la madre está infectada por el VIH, pero solo si proporciona una nutrición adecuada y se prepara y ofrece de manera higiénica y se dispone, además, de un suministro ininterrumpido de otros alimentos (415).

Por otra parte, los estudios recientes sugieren que los bebés que toman exclusivamente el pecho hasta los tres meses podrían tener menos riesgo de contraer el VIH de la madre que los que reciben otros líquidos y alimentos además de la leche materna (428, 438). Una explicación es que los factores inmunitarios de la leche materna protegen al bebé del VIH, pero que los contaminantes que se encuentran en otros líquidos y alimentos contrarrestan el beneficio al dañar el estómago de la criatura (428). Estos estudios, de confirmarse en futuras investigaciones, sugieren que el amamantamiento exclusivo hasta los tres meses de edad podría presentar una alternativa a las madres VIH-positivas que quieren amamantar a sus hijos. Muchas

prefieren no darles el biberón por el estigma asociado con esta alimentación, la admisión en algunas comunidades de que una tiene el VIH, y porque la fórmula para el biberón puede ser demasiado cara.



Cartel de México. La transmisión del VIH de la madre al hijo es un problema creciente.

CONASIDA

¿Qué puede hacerse?

La OMS recomienda una triple estrategia para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo. La primera está destinada a prevenir la infección de la madre, especialmente entre las mujeres jóvenes. La segunda se trata de prevenir los embarazos involuntarios entre las mujeres VIH-positivas, y la tercera, de ampliar el acceso a las terapias antirretrovíricas.

Los programas educativos pueden ayudar a reducir la transmisión de la madre al hijo si contribuyen a que los jóvenes comprendan y eviten los riesgos de infección por el VIH y del embarazo. Estos programas pueden llegar a la juventud en las escuelas, preferiblemente antes del inicio de la actividad sexual. Los programas de planificación familiar pueden empeñarse más en ayudar a las mujeres con VIH a que eviten el embarazo involuntario. Las jóvenes que contemplan la posibilidad de quedar embarazadas deberán considerar la conveniencia de

someterse a la prueba de detección del VIH. En el caso de las jóvenes que han quedado embarazadas y han sido infectadas por el VIH, el proveedor de atención de salud deberá hablar con ellas acerca de las opciones factibles de alimentación del bebé.

Donde se disponga del medicamento antirretrovírico Nevirapine, que ha demostrado reducir el riesgo de transmisión en un 50% aproximadamente (416), es aconsejable ofrecerlo. El uso de estos medicamentos antirretrovíricos para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo ha sido intensamente estudiado. En los países desarrollados el uso combinado de los medicamentos antirretrovíricos, las cesáreas electivas y la alimentación con biberón desde el nacimiento han contribuido a reducir a menos del 2% el riesgo de transmisión del VIH de la madre infectada al hijo (415).

[Regresar al capítulo 2](#)

Cómo puede hacer daño la cultura

En distintas partes del mundo una variedad de prácticas y tradiciones culturales contribuyen a que aumente el riesgo de contraer el VIH/SIDA entre los jóvenes. En general, estas prácticas y tradiciones afectan más a los jóvenes que a los adultos, y afectan a las mujeres jóvenes más aún que a los hombres jóvenes.

La condición de la mujer

En muchas sociedades se espera de la mujer y se le enseña que debe subordinar sus propios intereses a los del compañero. Con semejantes expectativas, las jóvenes suelen sentirse incapaces de protegerse contra la infección por el VIH y los embarazos involuntarios. A menudo las adolescentes son víctimas del abuso y la coerción sexual. En Kenia 40% de las estudiantes del ciclo secundario sexualmente activas dijeron que habían sido forzadas u obligadas con engaños a tener relaciones sexuales (3). En Camerún 40% de las adolescentes declararon que el primer coito fue forzado (313). Las jóvenes a veces se rinden a las demandas sexuales por temor a que, si las rechazan, se las violará de cualquier manera (205).

El abuso que sufren las esposas está muy extendido. En algunos países más de 40% de las mujeres han sido agredidas por el compañero (119). La violencia basada en el género está estrechamente ligada al VIH/SIDA (220). En Rwanda, por ejemplo, las mujeres VIH-positivas con un compañero VIH-positivo tenían más probabilidades de informar sobre la coerción sexual en la vida de relación que las mujeres sin VIH (380). En Tanzania la violencia de parte del compañero era 10 veces mayor entre las jóvenes VIH-positivas que entre las mujeres VIH-negativas (220). Muchas mujeres no se atreven siquiera a traer a colación el tema de los condones para protegerse contra la infección por el VIH por temor a ser físicamente agredidas (381).

Prácticas matrimoniales

En numerosas culturas el valor adjudicado al hecho de tener hijos conduce comúnmente al matrimonio precoz y a la procreación temprana. Se dan en matrimonio niñas de hasta solo 10 años de edad a hombres mayores a fin de estrechar amistades y lazos económicos entre las familias. Cuando las muchachas se casan con hombres mayores pueden ser vulnerables a la infección por VIH pues por lo común los maridos ya han tenido varias parejas sexuales. Las jóvenes esposas suelen quedar ocultas a los ojos del mundo por la existencia de barreras sociales, políticas y religiosas (423), mientras es frecuente que los maridos tengan otras parejas sexuales (12).

En algunos países se practica la poligamia, lo que significa que el varón puede tener numerosas esposas. En África, cuando el marido busca una nueva esposa, generalmente más joven, posiblemente tenga en ese proceso contacto sexual con varias mujeres y corre el riesgo de llevar el VIH a su hogar (7, 12, 41). En algunas culturas se practica dejar en herencia a la esposa, una tradición por la cual, cuando muere el marido, se entrega la esposa al cuñado de ésta. De tal manera cualquiera de los dos puede estar en riesgo de infección por el VIH si el otro está infectado. Las viudas jóvenes están especialmente en riesgo porque es más probable que busquen, o las busquen, otras parejas sexuales (6, 277, 321).

En algunas sociedades es necesario pagar una dote nupcial cuando el hombre y la mujer se casan. En África el hombre paga la dote a la familia de la mujer. Una vez sellada la unión con la dote, se considera que se ha “pagado por la mujer”, quien generalmente no puede abandonar a su marido si surgen problemas conyugales. Aun si el comportamiento del marido la pone en riesgo de infección por el VIH, es probable que la mujer no pueda protegerse (119).

Ritos de paso

Los ritos culturales de paso de la infancia a la edad adulta, pese a que tradicionalmente sirven para unir a las comunidades, pueden incrementar el riesgo de infección por VIH. Por ejemplo, la circuncisión tradicional masculina o femenina a veces se lleva a cabo con equipo no esterilizado. Los investigadores piensan que la circuncisión masculina reduce el riesgo de transmisión del VIH pues se corta la porción del prepucio especialmente vulnerable al VIH (vea el siguiente cuadro). En algunas comunidades, sin embargo, las ceremonias de circuncisión con frecuencia están acompañadas de actos de experimentación sexual posteriores a la iniciación, con lo cual aumenta el riesgo de contraer el VIH (174, 350). Por ejemplo, entre los massai de África Oriental los varones de la misma edad mantienen una relación tan estrecha que, después de la circuncisión, los iniciados comparten esposas y novias (350).

Prácticas sexuales

Algunas prácticas sexuales como el coito seco, o sea, la inserción de objetos extraños para secar

la vagina o para estrecharla, pueden dejar cortaduras y rasguños que crean aberturas a través de las cuales pasa el VIH (321). Otras prácticas, como la prueba de la virginidad de las mujeres, pueden adjudicar tan alto valor a la castidad que las mujeres no casadas practican, en cambio, el coito anal, que las expone a un riesgo aún mayor de ser infectadas por el VIH que el coito vaginal (341).

[Regresar al capítulo 1.1](#) | [Regresar al capítulo 3.3](#)

La circuncisión masculina y el VIH/SIDA: ¿son los adolescentes la clave?

La circuncisión masculina está relacionada con tasas más bajas de adquisición del VIH, de acuerdo con estudios epidemiológicos y ecológicos. La circuncisión masculina es la remoción quirúrgica del prepucio del pene (379). Los hombres no circuncisos tienen una probabilidad dos a ocho veces mayor de ser infectados por el VIH (112, 253, 394).

Los datos sugieren, además, que la circuncisión masculina también protege contra otras ITS, inclusive el chancroide, sífilis, herpes genitales y gonorrea. También parece reducir el riesgo de carcinoma del pene e infecciones de las vías urinarias (252).

Las pruebas más convincentes sobre el VIH y la circuncisión masculina provienen de Uganda. En un estudio de 187 parejas discordantes en las que la mujer estaba infectada por el VIH pero no el hombre, ningún hombre circunciso contrajo el VIH en un período de prueba de 30 meses. Entre los hombres no circuncisos, 29% de ellos se infectaron. Entre las 223 parejas discordantes en las que el hombre era VIH-positivo pero no la mujer, era menos probable que los hombres circuncisos transmitieran el virus a las mujeres, pero este efecto protector disminuía con las cargas víricas más altas (101).

Mundialmente, alrededor de la cuarta parte de los hombres están circuncisos, sobre todo en Norteamérica, en países del Oriente Medio y Asia con numerosos habitantes musulmanes, y en partes de África (252). En las comunidades judías e islámicas la circuncisión se practica como rito religioso poco después del nacimiento (175). En numerosas culturas africanas se practica entre los adolescentes como rito de paso a la edad adulta. Además, se practica como procedimiento médico para tratar infecciones, lesiones o anomalías del prepucio (379).

Los investigadores creen que el prepucio es una puerta de entrada fácil para el VIH y otros organismos patógenos. La superficie interior del prepucio es rica en células especiales llamadas células de Langerhans. Estas células son especialmente vulnerables al VIH y parecen ser el medio primario de penetración del VIH en el pene (348) Además, el prepucio es susceptible al trauma durante el coito, lo que puede hacerlo vulnerable al VIH (112). Las diferencias en materia de religión, prácticas sexuales o higiene relacionadas con los grupos étnicos que

favorecen la circuncisión no parecen explicar la relación entre la circuncisión y la infección por VIH (17, 394).

La importancia de la edad

La edad en que una persona se somete a la circuncisión parece ser de particular importancia. En la región de Rakai, en Uganda, por ejemplo, la circuncisión practicada antes de los 12 años de edad estaba significativamente relacionada con el riesgo decreciente de VIH, no así la circuncisión realizada a los 13 años de edad o más. La prevalencia del VIH correspondiente a los hombres circuncidados a los 12 años de edad o menos era del 7%, de 15% la de los hombres circuncidados a los 13 años de edad o más, y del 14% entre los que no habían sido circuncidados (178). Otros investigadores han comunicado resultados similares (51).

Cada vez más los expertos piden que la circuncisión pase a ser parte de una estrategia de salud pública para reducir la adquisición del VIH (17, 112, 252). Si se accediera a este pedido, los datos recogidos sugieren que los adolescentes, especialmente los que tienen menos de 12 años de edad, constituirían un importante punto de partida. Para reducir considerablemente la transmisión de VIH, los varones tendrían que someterse a la circuncisión antes de alcanzar la madurez sexual (51) y antes de que empiecen a tener relaciones sexuales.

Otros científicos incitan a obrar con precaución hasta que los elementos de juicio sean más claros. Para reunir datos confirmatorios habría que realizar ensayos clínicos para practicar la circuncisión a niños jóvenes, situación esta que plantea difíciles cuestiones éticas (101). Poco es lo que se sabe acerca de los efectos y la eficacia en relación con los costos de la circuncisión masculina como estrategia de salud pública. En una reciente reunión de expertos se encontró que es prematuro recomendar la circuncisión en comunidades que no la practican (379).

Además, la circuncisión no es una protección absoluta contra el SIDA. Los hombres circuncidados aún están en riesgo (40). De allí que algunos científicos recomienden que los programas que consideran la circuncisión masculina para la prevención del SIDA deberían incluir otras medidas eficaces, como la promoción del condón, el cambio de comportamiento y la prevención de las ITS (112).

Doble protección: para evitar el embarazo y el VIH/SIDA

El condón es el único método anticonceptivo que ofrece doble protección, es decir, protege contra el embarazo y contra la mayor parte de las ITS, incluido el VIH. El uso del condón junto con otro método de planificación familiar como protección extra contra el embarazo también constituye una doble protección. La abstinencia sexual y el coito sin penetración son otras maneras de evitar las ITS y el embarazo (138).

Qué pueden hacer los programas de planificación familiar

Al promover la doble protección, los programas de planificación familiar pueden ayudar a prevenir los embarazos involuntarios entre los jóvenes y contribuir al mismo tiempo a controlar la propagación del VIH/SIDA (21, 95). La OMS ha instado a los programas de planificación familiar a ocuparse más de la prevención del VIH/SIDA y otras ITS (417). Los programas pueden recalcar que los condones pueden ser eficaces contra el VIH y algunas ITS si se usan correctamente y asegurar además que los condones sean de buena calidad y ampliamente accesibles a precios razonables (291).

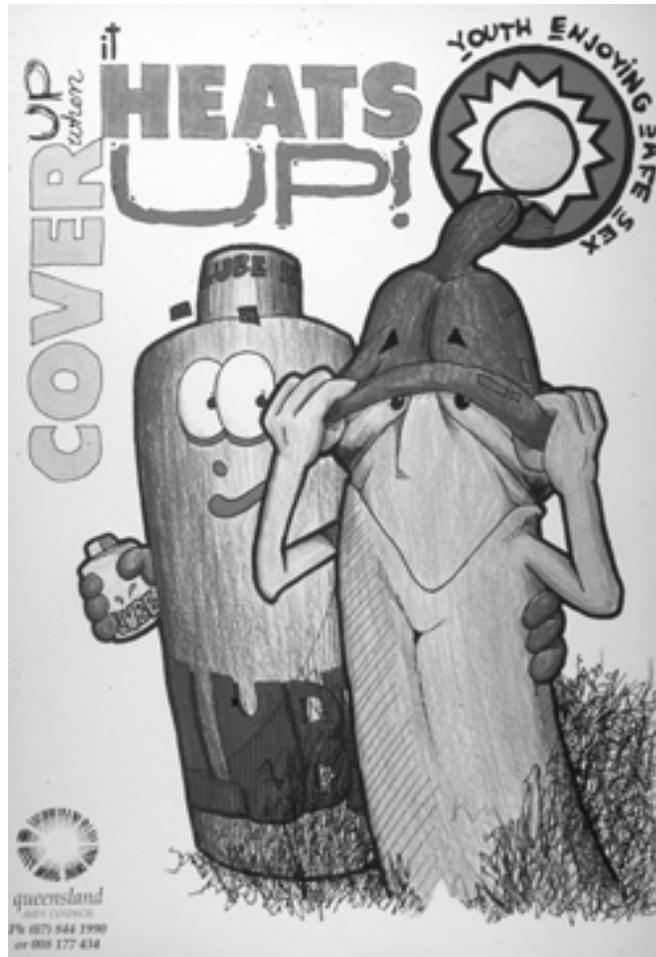
En los programas de planificación familiar la mejor manera de fomentar el uso del condón entre los jóvenes es mediante la promoción de una actitud positiva hacia este método en el momento que el individuo comienza la actividad sexual, antes de que los jóvenes establezcan modalidades de comportamiento de gran riesgo. Los programas también pueden servir de conexión con los servicios de pruebas de detección del VIH y de orientación (74). Esta conexión puede ser crucial porque las personas necesitan saber que ellas y sus respectivas parejas no están infectadas antes de dejar de usar los condones y de empezar a usar un método anticonceptivo diferente. Es probable que el condón se use más constantemente al principio de la relación y que el uso vaya declinando una vez que se considere que la pareja es “segura” (197, 279).

La estrategia de la doble protección mediante el uso de condones para prevenir la infección y de otro método para la anticoncepción tropieza, empero, con obstáculos, especialmente entre los jóvenes. Para muchas personas el uso de un método, menos todavía dos, ya es difícil. Muchos adolescentes no pueden comprar u obtener dos métodos. Además, el agregar un segundo método puede menoscabar el uso sistemático del primero (47, 319).

Pese a los obstáculos, ha aumentado el número de jóvenes que usan condones (162). Los estudios realizados en diversas partes del mundo documentan este incremento. En Tamil Nadu, India, la proporción de hombres jóvenes que usaban condones en relaciones ocasionales se elevó de un 45% en 1996 a casi un 70% en 1998 (162). En Brasil el porcentaje de hombres jóvenes que declararon usar condones la primera vez que tuvieron relaciones sexuales se elevó de solo 5% en 1986 a 50% en 1999 (162). También en Uganda el uso alguna vez de condones subió del 15% en 1989 al 55% en 1995 entre los varones de 15 a 19 años de edad y del 6% al 39% entre las mujeres del mismo grupo de edades (14). El uso del condón parece ser más

aceptable entre los hombres más jóvenes que entre los de más edad (162).

Los adolescentes que usan más constantemente los condones son los que demuestran confianza en sí mismos y le insisten a la pareja que deben usarlos, se responsabilizan personalmente por su uso, controlan más sus impulsos y comienzan a usar condones de jóvenes (66, 86, 197, 302). El uso constante del condón también se atribuye al hecho de haber hablado con los padres acerca de los condones, la relación con compañeros que fomentan el uso de condones, el deseo de tener una educación superior, padres de altos ingresos, la adopción en general de un modo de vida sano, como por ejemplo, abstenerse del alcohol y las drogas (181, 191).



“Tápate cuando te calientes”, aconseja este cartel de Australia en el que se promueven los condones para las relaciones sexuales sin riesgo de los jóvenes. Los condones ofrecen doble protección contra el embarazo y el VIH/SIDA.

Queensland AIDS Council

Evaluación de la eficacia del condón

En un reciente taller de expertos para evaluar las investigaciones sobre la eficacia de los condones masculinos se concluyó que estos son eficaces para prevenir “la transmisión del VIH tanto en los hombres como en las mujeres que practican el coito vaginal”. Los investigadores concluyeron que los condones masculinos también demostraron ser eficaces para reducir la gonorrea entre los hombres” (262). Se acepta en general que, cuando se lo usa correctamente, el condón previene la mayor parte de las ITS, inclusive el VIH (440). Por otra parte, ofrece menos

protección contra el herpes, el virus del papiloma humano (VPH) y otras ITS que pueden transmitirse a través del contacto directo de una superficie cutánea con otra de las partes del cuerpo no cubiertas por los condones (95).

Los científicos estiman que la eficacia del condón masculino para prevenir el embarazo en el “mejor de los casos”, es decir, cuando se usa correcta y constantemente, tiene una tasa de eficacia de 3 embarazos por 100 mujeres durante el primer año de uso, y en el uso típico, de 14 embarazos (117). El condón femenino parece ser algo menos eficaz que el condón masculino para prevenir el embarazo (138). Su eficacia contra el VIH y otras ITS no ha sido plenamente evaluada.

¿Microbicidas?

Los microbicidas, si se dispusiera de ellos, podrían ofrecer doble protección (417). Los microbicidas son productos químicos que, para la doble protección, se administrarían por vía vaginal antes del coito para matar el VIH y otros organismos patógenos de las ITS e incapacitar o matar el espermatozoides al mismo tiempo. Lamentablemente no existe actualmente ningún microbicida que pueda usarse. Si bien más de 50 de esos productos se hallan en varias etapas de ensayo, no se espera que ninguno de ellos llegue al mercado dentro de los próximos cinco años (293, 294).

El desarrollo de microbicidas es una tarea difícil. Por ejemplo, el producto no debe irritar la mucosa vaginal. Se pensaba que el nonoxinol-9, un espermicida de uso muy difundido, resultaba eficaz contra el VIH. Pero en estudios recientes se encontró que cuando lo usaban las trabajadoras sexuales —que lo usarían con mucha más frecuencia que la mayoría de las demás mujeres— el nonoxinol-9 estaba relacionado con lesiones vaginales, lo que aumenta la probabilidad de transmisión del VIH (161). Aunque se encontrara un microbicida seguro y eficaz para los adultos, aún tendría que evaluarse su seguridad, eficacia y aceptabilidad para los adolescentes.

[Regresar al capítulo 4.3](#)



I am 10 year old and I am the first
born. My mother died in 2000 and my father
died in 1999 as a result of Aids.



Los niños que deja huérfanos el SIDA: un nuevo reto

A raíz de la pandemia de VIH/SIDA, el número de huérfanos ha aumentado drásticamente. ONUSIDA estima que en 1999, la fecha de las últimas estimaciones, 13,2 millones de niños menores de 15 años habían perdido a la madre o al padre y la madre a causa del SIDA (162).

Mundialmente, alrededor de 2% de los niños menores de 15 años de edad quedan huérfanos debido a las guerras, hambrunas y enfermedades (360). En los países más afectados por el VIH/SIDA, sin embargo, 8% a 34% de los niños han quedado huérfanos como consecuencia del SIDA (118, 207). ONUSIDA considera que el SIDA ha dejado huérfanos a los niños cuya madre o cuya madre y padre han muerto de SIDA. Quizá lo peor esté todavía por venir. En modelos de la epidemia, el número de niños que han quedado huérfanos por el SIDA llega al máximo 7 a 10 años después de que la prevalencia del VIH llega a su apogeo (118), o en un período proyectado de 20 a 30 años después del comienzo de la epidemia del SIDA (38).

Nueve de cada 10 niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA están en el África Subsahariana (118, 162). El SIDA ya ha dejado huérfanos a más de 1 millón de niños en cada uno de estos cuatro países: Uganda, Nigeria, Etiopía y Tanzania. En otros 12 países subsaharianos por lo menos 200.000 niños han quedado huérfanos por esa misma causa, desde 230.000 en Burundi a 900.000 en Zimbabwe, de acuerdo con ONUSIDA (162).

Algunos niños, inclusive muchos dejados huérfanos por el SIDA, están infectados ellos mismos por el VIH. En su mayoría, contrajeron el virus de la madre (ver el recuadro **Transmisión del VIH de la madre al hijo**). La esperanza de vida de esos niños varía ampliamente, según los estudios (211, 245, 275). En los Estados Unidos aproximadamente 20% murieron alrededor de los cuatro años (376). En Malawi, donde el tratamiento se halla mucho menos disponible, 89% murieron alrededor de los tres años (349).

Los niños dejados huérfanos por el SIDA, como otros huérfanos, enfrentan muchas privaciones, especialmente cuando la familia pierde el asalariado principal (69, 118). Algunos habrán presenciado la prolongada enfermedad y la muerte de los padres u otros familiares (99). Cuando los padres caen enfermos con el SIDA, la familia se concentra no ya en el cuidado de los niños, sino en el de los adultos enfermos (135, 360). Por lo común, las abuelas, tías y hermanas mayores se encargan de los huérfanos (162, 207, 340). Cuando los familiares no pueden ayudar,

los huérfanos se remiten a hogares de guarda, establecimientos dirigidos por la iglesia, orfanatos u otros servicios institucionales.

Muchos de los niños que quedan huérfanos a causa del SIDA abandonan la escuela. En Benín, por ejemplo, solo 17% de los niños cuyos progenitores han muerto asisten a la escuela, en comparación con 50% cuyos padres aún están vivos (361). Los niños mayores suelen dejar la escuela para cuidar a los hermanos menores; las niñas se ocupan de las tareas domésticas y los varones buscan trabajo (9, 88, 118, 369). Además, es posible que se estigmatice a los niños que el VIH/SIDA ha dejado huérfanos y por eso se los deje fuera de la escuela (360).

Que los hijos puedan o no permanecer legalmente en la residencia familiar después de la muerte de los padres influye en la posibilidad de que la familia permanezca o no junta (90). La protección de los derechos legales de los niños dejados huérfanos por el SIDA con respecto a la herencia, la vivienda, la atención de salud y la escolaridad puede ayudar a aliviarles la carga. Algunos de esos niños viven sin el cuidado de un adulto, pero no se dispone de estimaciones fidedignas de la cantidad de niños en esas condiciones (69, 88, 332). Cuando no hay un adulto que se haga cargo de los niños, es común que los niños mayores de la familia desempeñen el papel de progenitores de los hermanos más pequeños (270). En Etiopía, niños huérfanos de tan solo ocho años de edad se encargan de cuidar a sus hermanos (69). Los niños que deben encabezar su propia familia encaran numerosas dificultades, incluidas la estigmatización, pobreza, malnutrición, falta de atención de salud y falta de apoyo social (69, 118, 330).

Muchos de los niños que quedan huérfanos como resultado del SIDA se largan a la calle para escapar de la pérdida sufrida o de condiciones de vida abusivas y sofocantes, para encontrar trabajo o para buscar independencia (248, 369). Pero al dejar el hogar a menudo se incorporan a la cultura callejera, con su violencia, explotación, delitos, drogas, hambre y enfermedades. Pero las inconsistentes condiciones de vida y los problemas económicos hacen de esos niños presa fácil del trabajo sexual, el abuso sexual y físico, la pornografía, la mano de obra barata y otros tipos de explotación (256, 358).

Cómo se responde a la crisis

Los países y las comunidades han comenzado a responder para ayudar a los niños afectados por la crisis del SIDA. En algunos casos las comunidades se han reunido espontáneamente para ayudar (118). Las respuestas incluyen una variedad de estrategias (162):

Encontrar oportunidades de trabajo. En Uganda el Esfuerzo de las Mujeres para Salvar a los Huérfanos (UWESO) organiza programas para generar ingresos para los niños dejados huérfanos por el SIDA (307, 400).

Fomentar la educación. En Zambia las escuelas comunales gratuitas ayudan a satisfacer las necesidades de los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA. No hay que pagar

derecho de matrícula y las escuelas aceptan niños que han interrumpido los estudios o sin escolaridad previa (360).

Ofrecer servicios. En Chennai, India, una ONG: la Sociedad para la Educación en Salud de la Comunidad, proporciona alojamiento y servicios de salud a los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA y a otros afectados por esta enfermedad (333).

Crear asociaciones. En Botswana el Programa Nacional de Huérfanos, establecido en 1999, vincula organizaciones gubernamentales, comunitarias y privadas para abordar cuestiones tales como asistencia, custodia, tutela y apoyo financiero para los niños. El programa se propone establecer una política nacional integral para los huérfanos basada en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (360).

[Regresar al capítulo 4.6](#)

[Siguiente](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)



Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project
111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202
Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 [Security & Privacy Policy](#)



Contenido

- [Resumen de los editores](#)
- [Creditos](#)

Capítulos

1. [La epidemia invisible](#)
2. [Cómo se infectan las personas jóvenes](#)
3. [¿Por qué tan vulnerables?](#)
4. [Cómo abordar la epidemia](#)
5. [Para llegar a los jóvenes](#)
6. [Las consecuencias de la inacción](#)
7. [VIH/SIDA: Qué quieren saber los jóvenes](#)
8. [Perfiles](#)
9. [La juventud, centro de las estrategias](#)

- [Figuras](#)
- [Cajas](#)
- [Bibliografía](#)

Temas principales

- [Por qué el riesgo es mayor para las mujeres jóvenes](#)
- [La cultura puede hacer](#)

Bibliografía

Se señalan con un asterisco (*) los artículos que fueron de especial valor an la preparación de este número de *Population Reports*

1. AARONS, S., JENKINS, R., RAINE, T., EL-KHORAZATY, N., WOODWARD, K., WILLIAMS, R., CLARK, M., and WINGROVE, B. Postponing sexual intercourse among urban junior high school students: A randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health* 27(4): 236-247. Oct. 2000.
2. ACT AFRICA and WORLD BANK. Exploring the implications of the HIV/AIDS epidemic for educational planning in selected African countries: The demographic question. The Futures Group, Mar. 2000. 67 p.
3. AFRICAN MEDICAL RESEARCH FOUNDATION. Female adolescent health and sexuality in Kenyan secondary schools: A research report. Nairobi, Kenya, 1994.
4. AGGLETON, P. and BERTOZZI, S. Report from a consultation on the socio-economic impact of HIV/AIDS on households. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Sep. 1995. 12 p.
5. AGHA, S. Consumer intentions to use the female condom after one year of mass-marketing (Lusaka, Zambia). Washington, D.C., Population Services International, 1999. (PSI Research Division, Working Paper No. 26) 16 p.
6. AIDS ANALYSIS AFRICA. Property-grabbing: Why Zambia needs stronger laws to protect widows' rights. Vol. 4 No. 4, Jul./Aug. 1994. p. 1, 7.
7. AINSWORTH, M. and OVER, M. Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic. World Bank Policy Research Report. Washington, D.C., Oxford University Press, Oct. 1997. 353 p.
8. AINSWORTH, M. and TEOKUL, W. Breaking the silence: Setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries. *Lancet* 356(9223): 55-60. Jul. 1, 2000.
9. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI). Into a new world: Young women's sexual and reproductive lives. New York, AGI, 1998. 56 p.
10. AMIRKHANIAN, Y., KELLY, J., KUKHARSKY, A., BORODKINA, O., GRANSKAYA, J., DYATLOV, R., MCAULIFFE, T., and KOZLOV, A. Predictors of HIV risk behavior among Russian men who have sex with men: An emerging epidemic. *AIDS* 15(3): 407-412. Feb. 16, 2001.
11. ANDERSON, R. The spread of HIV and sexual mixing patterns. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 71-86.
12. ANKRAH, E. AIDS and the social side of health. *Social Science and Medicine* 32(9): 967-980. 1991.
13. ASGHAR, R. Number of HIV positive street children reaches alarming proportions. AIDS INDIA PLANNING COMMITTEE listserv. Posted to the AIDS INDIA PLANNING COMMITTEE e-mail listserv May 10, 2000.
14. ASIIMWE-OKIROR, G., OPIO, A., MUSINGUZI, J., MADRAA, E., TEMBO, G., and CARAEL, M. Change in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda. *AIDS* 11(14): 1757-1763. Nov.

daño

- Perfil: Hizo pública su situación
- La educación deberá comenzar temprano
- Condomes para una doble protección
- Los huérfanos: un nuevo reto
- ¿Qué pueden hacer los padres?
- Cómo llegar a los niños de la calle.
- El centro de atención: la juventud

15, 1997.

15. ATHEY, J. HIV infection and homeless adolescents. *Child Welfare* 70(5): 517-528. Sep./Oct. 1991.
16. ATTARAN, A. and SACHS, J. Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic. *Lancet* 357(9249): 57-61. Jan. 6, 2001.
17. BAILEY, R.C., NEEMA, S., and OTHIENO, R. Sexual behaviors and other HIV risk factors in circumcised and uncircumcised men in Uganda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 22(3): 294-301. Nov. 1, 1999.
18. BALDO, M. Sex education: Adolescents' future versus adults' fears. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 238-239.
19. BAUMEISTER, L., FLORES, E., and MARIN, B. Sex information given to Latina adolescents by parents. *Health Education Research* 10(2): 233-239. Jun. 1995.
20. BEN-ZUR, H., BREZNITZ, S., WARDI, N., and BERZON, Y. Denial of HIV/AIDS and preventive behaviour among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence* 23(2): 157-174. Apr. 2000. (Available: <http://www.idealibrary.com/links/doi/10.1006/jado.2000.0305/pdf>, Accessed Jul. 2, 2001)
21. BERER, M. Dual protection: Making sex safer for women. In: SUNDARI RAVINDRAN, T., BERER, M., and COTTINGHAM, J., eds. *Users' Perspectives on Contraception*. London, World Health Organization, 1997. p. 102-121.
22. BERMAN, S. and HEIN, K. Adolescents and STDs. In: HOLMES, K., SPARLING, P., MÅRDH, P., LEMON, S., STAMM, W., PIOT, P., and WASSERHEIT, J., eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. New York, McGraw Hill, 1999. p. 129-142.
23. BERNE, L. and HUBERMAN, B. European approaches to adolescent sexual behavior and responsibility. Washington, D.C., Advocates for Youth, 1999. 75 p. (Available: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/european/>, Accessed Sep. 10, 2001)
24. BEYRER, C., EIUMTRAKUL, S., CELENTANO, D., NELSON, K., RUCKPHAOPUNT, S., and KHAMBOONRUANG, C. Same-sex behavior, sexually transmitted diseases and HIV risks among young northern Thai men. *AIDS* 9(2): 171-176. Feb. 1995.
25. BHATT, P. (United States Agency for International Development) [Microfinance HIV programs for adolescents] Personal communication, Nov. 13, 2000.
26. BLACK, B. Award-winning mass media campaign hits home with Dominican youth. *AIDScaptions*, Vol. 4 No. 1., National Council for International Health, Jun. 1997. p. 10-13.
27. BLACK, B. and FARRINGTON, A. Promoting life for Indonesia's street children. *AIDSlink*, No. 45, 1997 May-Jun. p. 10-11.
28. BLAKE, S., LEDSKY, R., LEHMAN, T., GOODENOW, C., SAWYER, R., and HACK, T. Preventing sexual risk behaviors among gay, lesbian, and bisexual adolescents: The benefits of gay-sensitive HIV instruction in schools. *American Journal of Public Health* 91(6): 940-946. Jun. 2001.
29. BLUM, R., BEUHRING, T., and RINEHART, P. *Protecting teens: Beyond race, income and family structure*. St. Paul, University of Minnesota, 2000. 40 p.
30. BOGART, L. Is it sex? College students' interpretations of sexual behavior terminology. *Journal of Sex Research* 37(2): 108-116. May 2000.
31. BOND, K., CELENTANO, D., PHONSOPHAKUL, S., and

Use la colección más grande de materiales para la prevención del VIH y el SIDA...



Más de 30.000 productos a su alcance, incluyendo pósters, panfletos, videos, casetes grabados, fotografías, materiales de capacitación, novedades y muchos más sobre la prevención del VIH y el SIDA en todo el mundo

Además... puede pedir Qué

hay de nuevo sobre los jóvenes y el SIDA, el número del boletín que destaca particularmente los nuevos materiales de comunicación que ofrece el:

**Centro de Medios/
Materiales (M/MC) de
JHU/PIP**

**111 Market Place, Suite
310
Baltimore, MD 21202 USA**

**Correo electrónico:
mme@jhucp.org**

- [POPLINE](#)
- [Otros temas](#)
- [Para solicitar](#)
- [CCP Home Page](#)

Publicación del Population Information Program, Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA.

Volumen XXIX, Número 3
Otoño de 2001
Serie L, Número 12
Temas sobre salud mundial

VADDHANAPHUTI, C. Mobility and migration: Female commercial sex work and the HIV epidemic in Northern Thailand. In: HERDT, G. *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives*. Oxford, Clarendon Press, 1997. p. 185-215.

32. BOYER, C. and KEGGLES, S. AIDS risk and prevention among adolescents. *Social Science and Medicine* 33(1): 11-23. 1991.

33. BOYER, C., SHAFER, M., SHAFFER, R., BRODINE, S., ITO, S., YNIGUEZ, D., BENAS, D., and SCHACHTER, J. Prevention of sexually transmitted diseases and HIV in young military men. *Sexually Transmitted Diseases* 28(6): 349-355. Jun. 2001.

34. BREZNITZ, S. The seven kinds of denial. In: *The Denial of Stress*. New York, International University Press, 1983. p. 257-280. 35. BROWN, T., SITTITRAI, W.,

OBREMSKY, S., SHAEFFER, S., THISYAKORN, U., MIELKE, J., CHAIYAPET, S., KENGGANRUA, K., and PELZ, B. The impact of HIV on children in Thailand. Bangkok, Thai Red Cross Society Program on AIDS, Feb. 1996. 55 p.

36. BUMPAS, K. Parent-child communication: Promoting healthy youth. [Fact Sheet]. Washington, D.C., Advocates for Youth, Feb. 1999. 3 p. (Available: http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/FSPA_RCHD.HTM, Accessed Jul. 17, 2001)

37. BURGOS, M. Street-based female adolescent Puerto Rican sex workers: Contextual issues and health needs. *Family and Community Health* 22(2): 59-71. Jul. 1999. (Available: http://www.findarticles.com/cf_0/m0FSP/2_22/55009741/p1/article.jhtml?term=Street-based+female+adolescent+puerto+rican+sex+workers, Accessed Feb. 2001)

38. CALDWELL, J. The impact of the African AIDS epidemic. *Health Transition Review* 7(Suppl. 2): 169-188. 1997.

39. CALDWELL, J. Reasons for limited sexual behavioral change in the sub-Saharan Africa AIDS epidemic, and possible future intervention strategies. In: CALDWELL, J., CALDWELL, P., ANARFI, J., AWUSABO-ASARE, K., NTOZI, J., ORUBULOYE, I., MARCK, J., COSFORD, W., COLOMBO, R., and HOLLINGS, E., eds. *Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries*. Canberra, Australia, Australian National University, 1999. p. 241-250.

40. CALDWELL, J. and CALDWELL, P. The African AIDS epidemic. *Scientific American*, Mar. 1996. p. 62-68.

41. CALDWELL, J., CALDWELL, P., CALDWELL, B., and PIERIS, I. The construction of adolescence in a changing world: Implications for sexuality, reproduction, and marriage. *Studies in Family Planning* 29(2): 137-153. Jun. 1998.

42. CAMERON, D., D'COSTA, L., MAITHA, G., CHEANG, M., PIOT, P., SIMONSEN, J., RONALD, A., GAKINYA, M., NDINYA-ACHOLA, J., BRUNHAM, R., and PLUMMER, F. Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: Risk factors for seroconversion in men. *Lancet* 2 (8660): 403-407. Aug. 1989.

43. CAMPBELL, C. Selling sex in the time of AIDS: The psycho-social context of condom use by sex workers on a Southern Africa mine. *Social Science and Medicine* 50(4): 479-494. Feb. 2000.

44. CARPENTER, L. The ambiguity of "having sex": The subjective experience of virginity loss in the United States. [Draft]. Presented at the Population Association of America Annual Meeting 2000, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. 32 p.

45. CARR, D. Youth in Sub-Saharan Africa: A chartbook on sexual experience and reproductive health. Washington, D.C., Population Reference Bureau, Apr. 2001. 44 p.
46. CATES, W., CHESNEY, M., and COHEN, M. Primary HIV infection. A public health opportunity. [Commentary]. American Journal of Public Health 87(12): 1928-1930. Dec. 1997.
47. CATES, W., STEINER, M., and RAYMOND, E. Dual vs. dual(ing) protection against unintended pregnancy and sexually transmitted infections: What is that best contraceptive approach? Research Triangle Park, Family Health International, Sep. 19, 2000. 22 p.
48. CELENTANO, D. (Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health) [Sexual initiation with commercial sex workers among adolescent males in Thailand] Personal communication, Jul. 30, 2001.
49. CELENTANO, D., BOND, K., LYLES, C., EIUMTRAKUL, S., GO, V., BEYRER, C., NA CHIANGMAI, C., NELSON, K., KHAMBOONRUANG, C., and VADDHANAPHUTI, C. Preventive interventions to reduce sexually transmitted infections: A field trial in the Royal Thai Army. Archives of Internal Medicine 160(4): 535-540. Feb. 28, 2000. (Available: <http://archinte.ama-assn.org/issues/v160n4/rpdf/oi90112.pdf>, Accessed Aug. 6, 2001)
50. CHOI, K. and COATES, T. Prevention of HIV infection. AIDS 8(10): 1371-1389. Oct. 1994.
51. CLARK, S., JR. Male circumcision could help protect against HIV. Lancet 356(9225): 225. Jul. 15, 2000.
52. COHEN, M. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: No longer a hypothesis. Lancet 351(Suppl. 3): 5-7. Jun. 1998.
53. COLLINS, C. Dangerous inhibitions: How America is letting AIDS become an epidemic of the young. San Francisco, Center for AIDS Prevention Studies, Harvard AIDS Institute, Feb. 1997. 44 p. (Available: http://www.hsph.harvard.edu/hai/lead_initiatives/marketing_health/dangerous.html, Accessed Aug. 26, 2000)
54. COMMUNICATION INITIATIVE. Peer support HIV/AIDS-China. [Communication Initiative Programme Descriptions]. <http://www.cominit.com/pdsmay15/sld-1156.html> Communication Initiative, June 11, 2001.
55. COXON, A. Male homosexuality and HIV. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. New York, Oxford University Press, 1996. p. 252-258.
56. DALY, C. Prevention of trafficking and the care and support of trafficked persons. Kathmandu, Nepal and New Delhi, Asia Foundation and Population Council, Feb. 2001. 91 p.
57. DANZIGER, R. HIV testing and HIV prevention in Sweden. British Medical Journal 316: 293-295. Jan. 24, 1998. (Available: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/316/7127/293>, Accessed Feb. 9, 2001)
58. DAS GRAÇAS RUA, M. and ABRAMOVAY, M. Evaluation of preventive actions against STDs/AIDS and drug abuse in elementary and high schools in Brazilian capitals. Geneva, United Nations, Jun. 2001. 118 p.
59. DE BELMONTE, L., GUITERREZ, E., MAGNANI, R., and LIPOVSEK, V. Barriers to adolescents' use of reproductive health services in three Bolivian cities. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Jan. 2000. 4 p.
60. DE MOYA, E. and GARCIA, R. AIDS and the enigma of bisexuality in the Dominican Republic. In: AGGLETON, P., ed. Bisexualities and AIDS:

- International Perspectives. Bristol, Pennsylvania, Taylor & Francis, 1996. p. 121-135.
61. DE YOUNG, K. Global AIDS strategy may prove elusive. *Washington Post*. (Washington, D.C.), Apr. 23, 2001. p. 1.
62. DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT. HIV/ AIDS strategy. London, Stairway Communications, May 2001. 17 p.
63. DEVOE, C. From the mouths of babes...Children speak out about their rights and HIV/AIDS. <http://orphans.fxb.org/media/nkosi.html> Action For Orphans, Jan. 17, 2001.
64. DIAMOND, C. and BUSKIN, S. Continued risky behavior in HIV-infected youth. *American Journal of Public Health* 90(1): 115-118. Jan. 2000.
65. DICLEMENTE, R. Preventing HIV/AIDS among adolescents. Schools as agents of behavior change. [Editorial]. *Journal of the American Medical Association* 270(6): 760-762. Aug. 11, 1993.
66. DICLEMENTE, R., LODICO, M., GRINSTEAD, O., HARPER, G., RICKMAN, R., EVANS, P., and COATES, T. African-American adolescents residing in high-risk urban environments do use condoms: Correlates and predictors of condom use among adolescents in public housing developments. *Pediatrics* 98 (2): 269-278. Aug. 1996.
67. DONAHUE, J. Microfinance and HIV/AIDS. Washington, D.C., Displaced Children and Orphans Fund, Aug. 2000. 10 p.
68. DRENNAN, M. Reproductive health: New perspectives on men's participation. *Population Reports, Series J, No. 46*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1998. 36 p.
69. DU BOISROUVRAY, A., ATNAFOU, R., CHAKRABORTY, J., CHRISSTIE, M., GEBRU, M., MONK, N., PHIRI, S., SEGU, M., WOLDE-YOHANNES, S., and ZOMINGTHANGA, J. Orphan alert: International perspectives on children left behind by HIV/AIDS. Boston, Association François-Xavier Bagnoud, 2000. 28 p. (Available: <http://orphans.fxb.org/media/FXBDurban.pdf>, Accessed Jun. 11, 2001)
70. EARL, D. Re-examination of the paradigm of HIV risk reduction in adolescents. *Journal of the American Osteopathic Association* 95(12): 725-728. Dec. 1995.
71. EGGER, M., PAUW, J., LOPATATZIDIS, A., MEDRANO, D., PACCAUD, F., and SMITH, G. Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: A randomized controlled trial. *Lancet* 355(9221): 2101-2105. Jun. 17, 2000.
72. EL-GAWHARY, K. Breaking a social taboo: AIDS hotline in Cairo. *Middle East Report* 28(1): 1-5. Spring 1998. (Available: <http://www.merip.org/mer/mer206/mer206.htm>, Accessed Aug. 21, 2001)
73. ENG, T. and BUTLER, W., eds. *The hidden epidemic: Confronting sexually transmitted diseases*. Washington, D.C., National Academy Press, 1997. 392 p.
74. ENGLISH, A. Expanding access to HIV services for adolescents: Legal and ethical issues. In: DICLEMENTE, C., ed. *Adolescents and AIDS: A Generation in Jeopardy*. Newbury Park, California and London, Sage Publications, 1992. p. 262-283.
75. ENSMINGER, M. Adolescent sexual behavior as it relates to other transition behavior in youth. In: HOFFERTH, S. and HAYES, C. *Risking The Future*. Vol. 2. Washington, D.C., National Research Council, 1987. p. 36-55.
76. ESIM, S., VARIA, N., and DURÓN, G. Adolescent livelihoods: A selective review of issues and programs. Washington, D.C., International Center for Research on Women, Oct. 1999. 70 p.
77. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL AIDS CONTROL PREVENTION

- PROJECT (FHI-AIDSCAP). How to create an effective peer education project: Guidelines for AIDS prevention projects. Arlington, Virginia, FHI, 1996. 33 p.
78. FAMILY HEALTH INTERNATIONAL AIDS CONTROL PREVENTION PROJECT (FHI-AIDSCAP), HARVARD UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH FRANÇOIS-XAVIER BAGNOUD CENTER FOR HEALTH AND HUMAN RIGHTS, and JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). The status and trends of the global HIV/AIDS pandemic. *AIDS Bulletin*, Vol. 5 No. 3, Medical Research Council, Dec. 1996. p. 18-19.
79. FARZADEGAN, H., HOOVER, D., ASTEMBORSKI, J., LYLES, C., MARGOLICK, J., MARKHAM, R., QUINN, T., and VLAHOV, D. Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS. *Lancet* 352(9139): 1510-1514. Nov. 7, 1998. (Available: [.thelancet.com](http://www.thelancet.com), Accessed Jan. 31, 2001)
80. FEE, N. and YOUSSEF, M. Young people, AIDS, and STIs: Peer approaches in developing countries. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 247-248.
81. FETHERS, K., MARKS, C., MINDEL, A., and ESTCOURT, C. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections* 76(5): 345-349. 2000.
82. FIELD, M., WEISS, E., and SMITH, S. Lessons learned: Programming for adolescent and young adults. Washington, D.C., United States Agency for International Development (USAID), Feb. 1998. 35 p.
83. FINGER, W. Condom use increases. *Network*, Vol. 18 No. 3, Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International. Spring 1998. (Available: <http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/v18-3/index.html>, Accessed Aug. 28, 2000)
84. FINGER, W. Female condom reuse examined. *Network*, Vol. 20 No. 2, Research Triangle Park, North Carolina. Family Health International, Winter 2000. p. 18-22. (Available: http://www.fhi.org/en/fp/fppubs/network/ntgroupn_g.html, Accessed May 2001)
85. FONGKAEW, W. and BOND, K. Promoting social action networks for youth health. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 1999. 2 p. (Available: <http://www.pathfind.org/Project%20Highlights/lifenet5.html>, Accessed Jun. 12, 2001)
86. FORD, K. and NORRIS, A. Factors related to condom use with casual partners among urban African-American and Hispanic males. *AIDS Education and Prevention* 7(6): 494-503. Dec. 1995.
87. FOSTER, G. AIDS and the orphan crisis in Zimbabwe. *AIDS Analysis Africa*, Vol. 6 No. 3, Jun. 1996. p. 12-13.
88. FOSTER, G. Children rearing children: A study of child-headed households. Presented at the The Socio-Demographic Impact of AIDS in Africa, Durban, South Africa, Feb. 3-6, 1997. Mutare Provincial Hospital, Zimbabwe. 22 p.
89. FOSTER, G., MAKUFA, C., DREW, R., KAMBEU, S., and SAUROMBE, K. Supporting children in need through a community-based orphan visiting programme. *AIDS CARE*, Vol. 8 No. 4, Aug. 1996. p. 389-403.
90. FOSTER, G., MAKUFA, C., DREW, R., MASHUMBA, S., and KAMBEU, S. Perceptions of children and community members concerning the circumstances of orphans in rural Zimbabwe. *AIDS CARE* 9(4): 391-405. Aug. 1997.
91. FRANSMAN, D., MCCULLOCH, M., LAVIES, D., and HUSSEY, G. Doctors' attitudes to the care of children with HIV in South Africa. *AIDS Care* 12(1): 89-96. Feb. 2000.

92. FRIESEN, H., DANAYA, R., DOONAR, P., KEMIKI, A., LAGANI, W., MATAIO, G., RONGAP, T., and VINCE, J. Assessment of HIV/AIDS knowledge, attitudes and behaviour of high school students in Papua New Guinea. *Papua New Guinea Medical Journal* 39(3): 208-213. Sep. 1996.
93. FYLKESNES, K., MUSONDA, R., SICHONE, M., NDHLOVU, Z., TEMBO, F., MONZE, M., KAETANO, L., MALAMBA, C., PHIRI, S., and MWAKAMUI, C. Favourable changes in the HIV epidemic in Zambia in the 1990s. Presented at the 11th International Conference on AIDS and STDs in Africa, Lusaka, Zambia, Sep. 12-16, 1999.
94. GAGE, A. Sexual activity and contraceptive use: The components of the decision making process. *Studies in Family Planning* 29(2): 154-166. Jun. 1998.
95. GARDNER, R., BLACKBURN, R., and UPADHYAY, U. Closing the condom gap. *Population Reports, Series H, No. 9*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Apr. 1999. 36 p.
96. GAYLE, H. US AIDS cases. [American Medical Association Press Briefing]. Proceedings of the 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, Jul. 8, 2000.
97. GELLMAN, B. Death watch: The belated global response to AIDS in Africa. *Washington Post*. (Washington, D.C.), Jul. 5, 2000. p. A01.
98. GIFFIN, K. and LOWNDES, C. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: A Brazilian study of clinical practice. *Social Science & Medicine* 48(3): 283-292. Feb. 1999.
99. GILBORN, L., NYONYINTONO, R., KABUMBULI, R., and JAGWE-WADDA, G. Making a difference for children affected by AIDS: Baseline findings from operations research in Uganda. New York, Population Council, Jun. 2001. 29 p.
100. GILMORE, N. Blood and blood product safety. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 287-301.
101. GRAY, R., KIWANUKA, N., QUINN, T., SEWANKAMBO, N., SERWADDA, D., MANGEN, F., LUTALO, T., NALUGODA, F., KELLY, R., MEEHAN, M., CHEN, M., LI, C., and WAWER, M. Male circumcision and HIV acquisition and transmission: Cohort studies in Rakai, Uganda. *AIDS* 14(15): 2371-2381. Oct. 20, 2000. (Available: <http://www.aidsonline.com/>, Accessed Sep. 27, 2001)
102. GRAY, R., WAWER, M., BROOKMEYER, R., SEWANKAMBO, N., SERWADDA, D., WABWIRE-MANGEN, F., LUTALO, T., LI, X., VANCOTT, T., QUINN, T., and TEAM, R.P. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet* 357(9263): 1149-1153. Apr. 14, 2001.
103. GREEN, C. Young men: The forgotten factor in reproductive health. [Draft]. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Jul. 16, 1997. (Occasional Paper No. 1) 39 p.
104. GREENBERG, J. and NEUMANN, M. What we have learned from the AIDS evaluation of street outreach projects: A summary document. Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, 1998. 120 p.
105. GROSSKURTH, H., GRAY, R., HAYES, R., MABEY, D., and WAWER, M. Control of sexually transmitted diseases for HIV-1 prevention: Understanding the implications of the Mwanza and Rakai trials. *Lancet* 355(9219): 1981-1987. Jun. 3,

2000. (Available: http://www.thelancet.com/newlancet/sub/issues/vol355no9219/menu_NOD999.html, Accessed Aug. 28, 2000)
106. GROSSKURTH, H., MOSHA, F., TODD, J., MWIJARUBI, E., KLOKKE, A., SENKORO, K., MAYAUD, P., CHANGALUCHA, J., NICOLL, A., and KAGINA, G. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: Randomized control trial. *Lancet* 346(8974): 530-536. Aug. 1995.
107. GRUNSEIT, A. Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: A review update. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1997. 63 p.
108. GRUNSEIT, A., KIPPAX, S., AGGLETON, P., BALDO, M., and SLUTKIN, G. Sexuality education and young people's sexual behavior: A review of studies. *Journal of Adolescent Research* 12(4): 421-453. Oct. 1997.
109. GUIJARRO, S., NARANJO, J., PADILLA, M., GUITÉREZ, R., LAMMERS, C., and BLUM, R. Family risk factors associated with adolescent pregnancy: Study of a group of adolescents and their families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health* 25(2): 166-172. Aug. 1999.
110. HALPERIN, D. Heterosexual anal intercourse: Prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, Part I. *AIDS Patient Care and STDs* 13 (12): 717-730. Nov. 12, 1999.
111. HALPERIN, D. and ALLEN, A. Is poverty the root cause of AIDS? *AIDS Analysis Africa* 11(4): 1, 3, 15. Dec. 2001/Jan. 2001.
112. HALPERIN, D. and BAILEY, R. Male circumcision and HIV infection: 10 years and counting. *Lancet* 354(9192): 1813-1815. Nov. 1999. (Available: <http://www.sciencedirect.com/science>, Accessed Jun. 27, 2001)
113. HAMAND, J. Advocacy guide for HIV/AIDS. London, International Planned Parenthood Federation, Jun. 2001. 27 p.
114. HARRIS, J. Social marketing of reproductive health services to youth. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 1999. 2 p. (Available: <http://www.pathfind.org/Project%20Highlights/Tsa%20bana%20na.htm>, Accessed Jun. 12, 2001)
115. HART, R. Children's participation: From tokenism to citizenship. *Innocenti essays*. New York, United Nations Children's Fund (UNICEF), 1992. 44 p.
116. HARVARD AIDS INSTITUTE. Young gay men at risk. *Harvard AIDS Review*, Boston. Harvard AIDS Institute, Fall 1998. (Emerging HIV Epidemics) (Available: http://www.aids.harvard.edu/publications/har/fall_1998/index.html, Accessed Feb. 2001)
117. HATCHER, R., RINEHART, W., BLACKBURN, R., GELLER, J., and SHELTON, J. The essentials of contraceptive technology: A handbook for clinic staff. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1997. 340 p.
118. HEALTH TECHNICAL SERVICES PROJECT (HTS). Children on the brink: Strategies to support children isolated by HIV/AIDS. Arlington, Virginia, HTS, United States Agency for International Development (USAID), Jul. 13, 2000. (HIV/AIDS Series) 56 p.
119. HEISE, L., ELLSBERG, M., and GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. *Population Reports, Series L, No. 11*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Sep. 1999. 43 p.
120. HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION. National survey of African Americans on HIV/AIDS. Washington, D.C., Henry J. Kaiser Family Foundation,

- Mar. 1998. 23p. (Available: http://hivinsite.ucsf.edu/social/kaiser_family_found/2098.3936.html, Accessed Jan. 19, 2001)
121. HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION. HIV testing. [Fact Sheet]. Washington, D.C., Henry J. Kaiser Family Foundation, Jun. 1999. 2 p.
122. HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION and SEVENTEEN MAGAZINE. Safer sex, condoms and "the Pill". Henry J. Kaiser Family Foundation, Nov. 2000. (SexSmarts) 4 p. (Available: <http://www.kff.org/content/2000/20001127a/SafeSexSummary.pdf>, Accessed Feb. 2001)
123. HERLIHY, D. The Black Death and the transformation of the West. In: COHN, J.S., ed. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1997. 117 p.
124. HINRICHSEN, D. and ROBEY, B. Population and the environment: The global challenge. Population Reports, Series M, No. 15. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Fall 2001. 31 p. (Available: <http://www.jhuccp.org/pr/m15edsum.stm#contents>)
125. HIRSCH, J., ALBALAK, R., and NYHUS, C. 'Because he misses his normal life back home': Masculinity, sexuality and AIDS risk behavior in a Mexican migrant community. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. Rollins School of Public Health, Emory University. 12 p.
126. HITCHCOCK, P. and FRANSEN, L. Preventing HIV infection: Lessons from Mwanza and Rakai. *Lancet* 352(9152): 513-515. Nov. 8, 1999.
127. HOFFMAN, N. and FUTTERMAN, D. Youth and HIV/AIDS. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. New York, Oxford University Press, 1996. p. 237-251.
128. HORAN, P., PHILLIPS, J., and HAGAN, N. The meaning of abstinence for college students. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children* 2(2): 51-66. 1998.
129. HORIZONS PROJECT. Peer education and HIV/AIDS: Past experience, future directions. Washington, D.C., Population Council, May 2000. 53 p.
130. HORIZONS PROJECT. HIV voluntary counseling and testing among youth ages 14 to 21: Results from an exploratory study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda. [Draft]. Washington, DC, Population Council, 2001. 35 p.
131. HORROX, R., ed. The Black Death. Manchester Medieval Sources, Manchester, United Kingdom, Manchester University Press, 1994. 364 p.
132. HUBA, G. A model for adolescent-targeted HIV/AIDS services. *Journal of Adolescent Health* 23(Suppl. 1, 2): 11-27. Aug. 1998.
133. HUGHES, J. and MCCAULEY, A. Improving the fit: Adolescents' needs and future programs for sexual and reproductive health in developing countries. *Studies In Family Planning* 29(2): 233-245. Jun. 1998.
134. HULTON, L., CULLEN, R., and KHALOKHO, S. Perceptions of the risks of sexual activity and their consequences among Ugandan adolescents. *Studies in Family Planning* 31(1): 35-46. Mar. 2000.
135. HUNTER, S. and WILLIAMSON, J. Responding to the needs of children orphaned by HIV/AIDS. Washington, D.C., United States Agency for International Development, Jun. 1998. (Discussion Papers on HIV/AIDS Care and Support No. 7) 30 p.
136. INTERNATIONAL COUNCIL OF AIDS SERVICE ORGANIZATIONS (ICASO). HIV/AIDS and human rights: Stories from the frontline. Toronto, Canada, ICASO, Jun. 1999. 25 p.
137. INTERNATIONAL LABOUR OFFICE (ILO). Child labour: Targeting the

- intolerable. Part 1. Geneva, ILO, 1998. (No. 4) 125 p.
138. INTERNATIONAL MEDICAL ADVISORY PANEL. Statement on dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. London, International Planned Parenthood Federation, May 2000. 3 p.
139. INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF). Annual report 1995-1996. London, IPPF, 1996. 34 p.
140. IVERSEN, A. Genital shedding in women. *AIDS Patient Care* 13(12): 695-701. Dec. 1999.
141. IVERSEN, A., FUGGER, L., EUGEN-OLSEN, J., BALSLEV, U., JENSEN, T., WAHL, S., GERSTOFT, J., MULLINS, J., and SKINHØJ, P. Cervical human immunodeficiency virus type 1 shedding is associated with genital β -chemokine secretion. *The Journal of Infectious Diseases* 178(5): 1334-1342. Nov. 1998.
142. JACCARD, J., DITTUS, P., and GORDON, V. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives* 28(4): 159-165, 185. Jul./Aug. 1996.
143. JAPETH, G. Soul City programs for young people. Presented at the Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health Visiting Lecturer Series, Feb. 28, 2001. Soul City.
144. JEMMOTT, J., JEMMOTT, L., and FONG, G. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association* 279(19): 1529-1536. May 20, 1998.
145. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (JHU/CCP). Reaching young people worldwide: Lessons learned from communication projects, 1986-1995. [Working Paper No. 2]. Baltimore, JHU/CCP, Oct. 1995. 80 p.
146. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (JHU/CCP). Femi Kuti's New York concert to usher in UN special session on HIV/AIDS. [Press Release]. Baltimore, JHU/CCP, Jun. 6, 2001. 1 p. (Available: <http://www.jhuccp.org/news/060501b.stm>)
147. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Prisons and AIDS: UNAIDS point of view. Geneva, UNAIDS, Apr. 1997. (UNAIDS Best Practice Collection) 8 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/sectors/prisons/prispue.pdf>, Accessed Aug. 20, 2000)
148. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS and the military. [UNAIDS Best Practice Collection]. Geneva, UNAIDS, May 1998. 8 p.
149. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Connecting lower HIV infection rates with changes in sexual behaviour in Thailand: Data collection and comparison. Geneva, UNAIDS, Jun. 1998. 16 p. (Available: <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/country/thailand/thailand.html>, Accessed Aug. 2000)
150. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). A measure of success in Uganda: The value of monitoring both HIV prevalence and sexual behaviour. [Case Study]. Geneva, UNAIDS, May 1998. 13 p. (Available: <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/country/uganda/uganda.html>, Accessed Aug. 2000)
151. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Relationships of HIV and STD declines in Thailand to behavioural change: A

- synthesis of existing studies. Geneva, UNAIDS, 1998. 59 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/determinants/una98e2.pdf>, Accessed Jun. 25, 2001)
152. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Force for change: World AIDS Campaign with Young People. Geneva, UNAIDS, Poster. 1998.
153. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Listen, Learn, Live! World AIDS campaign with children and young people. Facts and figures. Geneva, UNAIDS, Feb. 1999. (1999 World AIDS Campaign) 4 p. (Available: <http://www.unaids.org/wac/1999/eng/facts-e.pdf>, Accessed Jun. 26, 2001)
154. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Young people and HIV/AIDS: UNAIDS briefing paper. Geneva, UNAIDS, Feb. 1999. 12 p.
155. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Sex and youth: Contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. Geneva, UNAIDS, May 1999. 145 p.
156. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Summary booklet of best practices. Geneva, UNAIDS, Jun. 1999. (Issue No. 1) 221 p.
157. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS and men who have sex with men. Geneva, UNAIDS, May 2000. 8 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/specific/men/mentue2000.pdf>, Accessed Aug. 2000)
158. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS and young people. Geneva, UNAIDS, Apr. 2000. 12 p.
159. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). International superstar Ricky Martin to host MTV's global premier of "Staying Alive 2" on December 1st 2000-World AIDS day. [Press Release]. Geneva, UNAIDS, Oct. 26, 2000. 2 p. (Available: www.unaids.org/wac/2000/StayingAlive.html)
160. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Men and AIDS: A gendered approach. Geneva, UNAIDS, Mar. 2000. (2000 World AIDS Campaign) 24 p. (Available: <http://www.unaids.org/wac/2000/WACmenE.pdf>, Accessed Jun. 29, 2001)
161. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Nonoxynol-9 not effective for microbicides, trial shows. Geneva, UNAIDS, Jun. 2000. 1 p. (Available: <http://www.unaids.org/whatsnew/press/eng/geneva30600.html>, Accessed Jul. 2000)
162. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS, Jun. 2000. 135 p. (Available: http://www.unaids.org/epidemic_update/report/index.html, Accessed Jul. 2000)
163. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Calculating the cost of an effective global campaign against HIV/AIDS. New York, United Nations Department of Public Information and UNAIDS, Jun. 2001. 2 p.
164. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Declaration of Commitment on HIV/AIDS, 2 August 2001. Proceedings of the United Nations Special Session on HIV/AIDS: Global Crisis-Global Action, New York, Jun. 25-27, 2001. 16 p. (Available: <http://www.unaids.org/whatsnew/others/>)

- un_special/declaration020801_en.htm, Accessed Sep. 19, 2001)
165. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Fact sheets: United Nations special session on HIV/AIDS: Global crisis-Global action. New York, United Nations Department of Public Information and UNAIDS, Jun. 2001. 41 p.
166. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). The global strategy framework on HIV/AIDS. Geneva, UNAIDS, Jun. 2001. 22 p. (Available: <http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC637-GlobalFramew-E.pdf>, Accessed Sep. 19, 2001)
167. OFFICE OF THE SPOKESMAN FOR THE SECRETARY-GENERAL. United Nations (UN). Global AIDS and health fund. UN, Oct. 26, 2001.
168. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Children orphaned by AIDS: Frontline responses from Eastern and Southern Africa. New York, UNAIDS, UNICEF, Dec. 1999. 36 p.
169. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AIDS epidemic update: December 1998. Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 1998. 18 p.
170. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS, WHO, Jun. 1998. 75 p.
171. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AIDS epidemic update: December 1999. Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 1999. 24 p.
172. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AIDS epidemic update: December 2000. Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 2000. 23 p.
173. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Consultation on STD interventions for preventing HIV: What is the evidence? Geneva, UNAIDS and WHO, 2000. (UNAIDS Best Practice Collection) 54 p. (Available: http://www.unaids.org/publications/documents/care/general/ConsultSTD_E.pdf, Accessed Oct. 4, 2001)
174. JUMA, M., OBWAKA, E., and CHEPNGENO, G. Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS in Bungoma District, Kenya: Results of focus group discussions and in-depth interviews with adolescents, teachers, circumcisers and community leaders. Baltimore, Johns Hopkins University Population Communication Services, May 1999. 32 p.
175. KALIBALA, S. Male circumcision: Social-behavioral perspectives. Presented at the Male Circumcision and HIV Prevention: Directions for Future Research, Washington, D.C., Feb. 7-8, 2000. Population Council, Horizons Project. 14 slides.
176. KANCHANACHITRA, C. Reducing girls' vulnerability to HIV/AIDS: The Thai approach. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Jun. 1999. (UNAIDS Best Practice Collection) 51 p.
177. KEKOVOLE, J., KIRAGU, K., MURULI, L., and JOSIAH, P. Reproductive health communication in Kenya: Results of a national information, communication, and education situation survey. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Jun. 1997. (Field Report No. 9) 72 p.
178. KELLY, R., KIWANUKA, N., WAWER, M., SERWADDA, D., SEWANKAMBO, N., WABWIRE-MANGEN, F., LI, C., KONDE-LULE, J., LUTALO, T., MAKUMBI, F., and GRAY, R. Age of male circumcision and risk of

- prevalent HIV infection in rural Uganda. *AIDS* 13(3): 399-405. Feb. 25, 1999.
179. KERRIGAN, D. Peer education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Dec. 1999. 39 p.
180. KEY CORRESPONDENT. Prevention works so why are infection rates still rising? Presented at the 13th International Conference on AIDS, Durban, South Africa, 2 p. (On-line news article)(Available: <http://www.aids2000.org>, Accessed Jul. 2000)
181. KILIAN, A., GREGSON, S., NDYANABANGI, B., WALUSAGA, K., KIPP, W., SAHLMÜLLER, G., KABAGAMBE, G., WEIS, P., and VON SONNENBURG, F. Reductions in risk behaviour provide the most consistent explanation for declining HIV-1 prevalence in Uganda. *AIDS* 13(3): 391-398. Feb. 1999.
182. KIM, Y., KOLS, A., NYAKAURU, R., MARANGWANDA, C., and CHIBATAMO, P. Promoting sexual responsibility among young people in Zimbabwe. *International Family Planning Perspectives* 27(1): 11-19. Mar. 2001.
183. KIM, Y., MARANGWANDA, C., and KOLS, A. Quality of counselling of young clients in Zimbabwe. *East African Medical Journal* 74(8): 4-5. Aug. 1997.
184. KING, R. Sexual behaviour change for HIV: Where have theories taken us? Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Jun. 1999. 55 p.
185. KIPKE, M., FUTTERMAN, D., and HEIN, K. HIV infection and AIDS during adolescence. *Adolescent Medicine* 74(5): 1149-1167. Sep. 1990.
186. KIRAGU, K. The correlates of sexual and contraceptive behavior among in-school adolescents in Kenya. Doctoral Dissertation, Population Dynamics, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, May 1991. 449 p.
187. KIRAGU, K. and ROBERTS, R. Young men too. Presented at the Africa Regional Conference on Men's Participation in Family Planning, Harare, Zimbabwe, Dec. 2-6, 1996.
188. KIRAGU, K., VAN HULZEN-SIENCHE, C., OBWAKA, E., and ODALLO, D. Adolescent reproductive health needs in Kenya: A communication response. Evaluation of the Kenya youth initiatives project. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Communication Services, Mar. 1998. 56 p.
189. KIRAGU, K. and ZABIN, L. The correlates of premarital sexual activity among school-age adolescents in Kenya. *International Family Planning Perspectives* 19(3): 92-109. Sep. 1993.
190. KIRBY, D. Reducing adolescent pregnancy: Approaches that work. *Contemporary Pediatrics* 16(1): 83-94. Jan. 1999.
191. KIRBY, D. Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, May 2001. 187 p.
192. KIRBY, D. (ETR Associates) [Parent-child communication] Personal communication, Aug. 2001.
193. KIRBY, D., SHORT, L., COLLINS, J., RUGG, D., KOLBE, L., HOWARD, M., MILLER, B., SONENSTEIN, F., and ZABIN, L. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: A review of their effectiveness. *Public Health Reports* 109(3): 339-360. May/Jun. 1994.
194. KLINDERA, K. and MENDERWELD, J. Youth involvement in prevention programming. Washington, D.C., Advocates for Youth, Jun. 2000. 2 p.
195. KOENIG, E. AIDS in paradise. [Editorial]. *Journal of the American Medical*

- Association 282(23): 2195-2196. Dec. 1999. (Available: <http://jama.ama-assn.org/issues/v282n23/ffull/jpo80336-1.html>, Accessed Aug. 27, 2000)
196. KOONTZ, S. and CONLY, S. Youth at risk: Meeting the sexual health needs of adolescents. Washington, D.C., Population Action International, Apr. 1994. 14 p.
197. KU, L., SONENSTEIN, F.L., and PLECK, J.H. When we use condoms and why we stop. *Population Today* 23(3): 3. Mar. 1995.
198. KULKARNI, V., KULKARNI, S., SAHASRABUDHE, N., and MARATHE, M. Networks, language and sexual behaviours of men who have sex with men in an urban setting. Pune, India, PRAYAS, 2000. 58 p.
199. KWESIGABO, G., KILLEWO, J., MAKWAYA, C., EMMELIN, M., GODOY, C., URASSA, W., MBENA, E., MHALU, F., BIBERFELD, G., WALL, S., and SANDSTROMM, A. Decline in the prevalence and incidence of HIV-1 infection in Bukoba, urban Tanzania: A result of behavioral change? Proceedings of the 11th International Conference on AIDS and STDs in Africa, Lusaka, Zambia, Sep. 12-16, 1999.
200. LAMMERS, S., IRELAND, M., RESNICK, M., and BLUM, R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: A survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health* 26(1): 42-48. Jan. 2000.
201. LANDE, R. Controlling sexually transmitted diseases. Population Reports, Series L, No. 9. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jun. 1993. 31 p.
202. LARSON, H. and NARAIN, J. Beyond 2000: Responding to HIV/AIDS in the new millenium. New Dehli, India, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 2001. 65 p.
203. LAURENCE, J. Women and AIDS. [Editorial]. *AIDS Patient Care and STDs* 13(2): 77-79. Feb. 1999.
204. LAWN, S., SUBBARAO, S., WRIGHT, T., EVANS-STRICKFADEN, T., ELLERBROCK, T., LENNOX, J., BUTERA, S., and HART, C. Correlation between human immunodeficiency virus type 1 RNA levels in the female genital tract and immune activation associates with ulceration of the cervix. *Journal of Infectious Diseases* 181(6): 1950-1956. Jun. 2000.
205. LESHABARI, M. and KAAYA, S. Bridging the information gap: Sexual maturity and reproductive health problems among youth in Tanzania. 7(Suppl. 3): 29-44. *Health Transition Review*, 1997.
206. LEVI STRAUSS & CO. Levi's jeans and LIFEBeat present music with a message: World AIDS day 2000. www.businesswire.com/webbox/bw.112700/203320432.html Business Wire, Nov. 27, 2000.
207. LEVINE, C., MICHAELS, D., and BACK, S. Orphans of the HIV/AIDS epidemic. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 278-286.
208. LEVINE, W., POPE, V., BHOOMKAR, A., TAMBE, P., LEWIS, J., ZAIDI, A., FARSHY, C., MITCHELL, S., and TALKINGTON, D. Increase in endocervical CD4 lymphocytes among women with nonulcerative sexually transmitted diseases. *Journal of Infectious Diseases* 177(1): 167-174. Jan. 1998.
209. LEVY, S., WEEKS, K., HANDLER, A., PER HATS, C., FRANCK, J., HEDEKER, D., ZHU, C., and FLAY, B. A longitudinal comparison of the AIDS-related attitudes and knowledge of parents and their children. *Family Planning Perspectives* 27(1): 4-10, 17. Jan./Feb. 1995.

210. LEWICKY, N., KIRAGU, K., and YOUNG, S. Delivery of improved services for Health Project Uganda: Evaluation of the safer sex or AIDS communication campaign. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, May 1998. 51 p.
211. LINDEGREN, M., BYERS, R., THOMAS, P., DAVIS, S., CALDWELL, B., ROGERS, M., GWINN, M., WARD, J., and FLEMING, P. Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. *Journal of the American Medical Association* 282(6): 531-538. Aug. 11, 1999.
212. LISKIN, L. (Development Alternatives Inc.) [Impact of HIV/AIDS on education] Personal communication, Sep. 19, 2001.
213. LISKIN, L., BLACKBURN, R., and MAIER, J. AIDS: A public health crisis. Population Reports, Series L, No. 6. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul./Aug. 1986. 35 p.
214. LOXLEY, W. 'Sluts' or 'sleazy little animals'?: Young people's difficulties with carrying and using condoms. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 6 (4): 293-298. Oct. 1996.
215. LUNIN, I., HALL, T., MANDEL, J., KAY, J., and HEARST, N. Adolescent sexuality in Saint Petersburg, Russia. *AIDS* 9(Suppl. 1): S53-S60. Jul. 1995.
216. MACDONALD, G., O'BRIEN, R., PITTMAN, K., and KIMBALL, M. Adolescents and HIV disease: Defining the problem and its prevention. Washington, D.C., Academy for Educational Development, Feb. 1994. 56 p.
217. MACPHAIL, C. and CAMPBELL, C. 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': Condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Social Science and Medicine* 52(11): 1613-1627. Jun. 2001.
218. MAGNANI, R., KARIM, K., WEISS, L., BOND, K., LEMBA, M., and MORGAN, G. Reproductive health risk and protective behavior among youth in Lusaka, Zambia. [Project Summary]. Washington, D.C., Focus on Young Adults, Aug. 2000. 2 p. (Available: <http://www.pathfind.org/project%20highlights/>)
219. MALHOTRA, A., MATHUR, S., MEHTA, M., MOKTAN, P., and BHADRA, R. Adolescent reproductive health and sexuality in Nepal: Combining quantitative and participatory methodologies. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Los Angeles, Mar. 23-25, 2000. 24 p.
220. MAMAN, S., CAMPBELL, J., SWEAT, M., and GIELEN, A. The intersections of HIV and violence: Directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine* 50(4): 459-478. Feb. 2000.
221. MANDEVU, R. Women and HIV. Botswana: Special report: Where young girls are 'easy prey.' *AIDS Analysis Africa*, Vol. 5 No. 4, Aug. 1995. p. 12-13.
222. MANE, P. and MCCAULEY, A. Impact of STIs including AIDS on adolescents: A global perspective. Presented at the World Health Organization (WHO) Conference on Adolescent Reproductive Health, Mumbai, India, Nov. 1-4, 2000. 24 p.
223. MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. New York, Oxford University Press, 1996. 616 p.
224. MARUMO, M. and WARREN, M. Lovers Plus, South African style: How adolescents teach each other about AIDS. Presented at the Second Annual Conference on Social Marketing: Advancing Empirical Work in Social Marketing, Fairfax, Virginia, May 15-17, 1996. 4 p.
225. MASWANYA, E., MOJI, K., HORIGUCHI, I., NAGATA, K., AOYAGI, K., HONDA, S., and TAKEMOTO, T. Knowledge, risk perception of AIDS and

- reported sexual behaviour among students in secondary schools and colleges in Tanzania. *Health Education Research* 14(2): 185-196. Apr. 1999.
226. MATIATION, S. HIV/AIDS and aboriginal people. Problems of jurisdiction and funding. Montréal, Québec, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 1999. 49 p. (Available: <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/aboriginals/finalreports/juriabo/e-funding.pdf>, Accessed Jun. 29, 2001)
227. MAYAUD, P., HAWKES, S., and MABEY, D. Advances in control of sexually transmitted diseases in developing countries. *Lancet* 351(Suppl. 3): 29-32. 1998.
228. MBACHU, D. and FARAH, D. At Nigeria Summit, Annan proposes AIDS 'War Chest'. *Washington Post*. (Washington, D.C.), Apr. 27, 2001. p. A14.
229. MCCABE, E., GOLUB, S., and LEE, A. Making the female condom a "reality" for adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 10(3): 115-223. Aug. 1997.
230. MCCAULEY, A. (Horizons Project, Population Council) [Applying Kirby principles to other countries] Personal communication, Jun. 19, 2001.
231. MCCAULEY, A. (Horizons Project, Population Council) [Strategies for youth involvement] Personal communication, Aug. 6, 2001.
232. MCCAULEY, A. and SALTER, C. Meeting the needs of young adults. *Population Reports, Series J, No. 41*. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Oct. 1995. 44 p.
233. MCKEE, N., MANONCOURT, E., YOON, C., and CARNEGIE, R., eds. *Involving people, evolving behavior*. New York, United Nations Children's Fund, 2000. 250 p.
234. MEDIA PROJECT. SHINE Awards: Sexual Health in Entertainment. [Announcement]. <http://www.themediaproject.com/shine01.htm> Media Project, 1997.
235. MEEHAN, T. The impact of parental consent on the HIV testing of minors. *American Journal of Public Health* 87(8): 1338-1341. Aug. 1997.
236. MEEKERS, D. The effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent reproductive health: The case of Soweto, South Africa. Washington D. C., Population Services International 1998. (Working Paper No. 16) 35 p.
237. MEEKERS, D., AHMED, G., and MOLATLHEGI, M. Understanding constraints to adolescent condom procurement: The case of urban Botswana. *AIDS Care* 13(3): 297-302. Jun. 2001.
238. MEEKERS, D. and CALVÈS, A. 'Main' girlfriends, girlfriends, marriage, and money: The social context of HIV risk behavior in sub-Saharan Africa. Washington, D.C., Population Services International, 1997. (Working Paper No. 5) 23 p.
239. MEEKERS, D., HOLSCHEER, M., and MUNTEANU, A. Sexual and reproductive health behavior among Romanian adolescents: An exploratory narrative research analysis. Washington, D.C., Population Services International, 1997. (Working Paper No. 11) 25 p.
240. MENTING, A. The village and the children. *Harvard AIDS Review*, Boston. Harvard AIDS Institute, Spring/Summer 2000. p. 15-18. (Children and AIDS) (Available: www.aids.harvard.edu/publications/har/spring-2000/spring00-5.html, Accessed Oct. 9, 2001)
241. MERCER, R., RAMOS, S., SZULIK, D., and ZAMBERLIN, N. The need for youth-oriented policies and programmes on responsible sexuality in Argentina. *Reproductive Health Matters* 9(17): 184-191. May 2001.
242. MILLER, K., LEVIN, M., WHITAKER, D., and XU, X. Patterns of condom

- use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health* 88(10): 1542-1544. Oct. 1998.
243. MINISTRY OF HEALTH OF BRASIL. AIDS: The Brazilian experience. Brasília, Brazil, Ministry of Health of Brazil, 2001. 30 p.
244. MODESTE, N., MARSHAK, H., and GREEN, I. AIDS concerns among adolescents attending Seventh-day Adventist high schools in Trinidad and Tobago. *International Quarterly of Community Health Education* 17(4): 375-387. 1997-1998.
245. MOFENSON, L. and MCINTYRE, J. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *Lancet* 355(9222): 2237-2244. Jun. 24, 2000.
246. MOLEFE, J. Harnessing the power of media for health and development. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 1999. 2 p.
247. MONITORING THE AIDS PANDEMIC (MAP) NETWORK. The status and trends of HIV/AIDS/STI epidemics in Asia and the Pacific. Melbourne, Australia, MAP, Oct. 4, 2001. 33 p. (Provisional Report)(Available: <http://www.aids.org/hivaidsinfo/statistics/map/MAP2001.doc>, Accessed Oct. 10, 2001)
248. MONK, N. (Association Francois Xavier Bagnoud) [AIDS orphans in sub-saharan Africa and India] Personal communication, Dec. 4, 2000.
249. MOORE, K., DRISCOLL, A., and OOMS, T. Not just for girls. The roles of boys and men in teen pregnancy prevention. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, Nov. 1997. 35 p.
250. MOSCICKI, A., MA, Y., HOLLAND, C., and VERMUND, S. Cervical ectopy in adolescent girls with and without human immunodeficiency virus infection. *Journal of Infectious Diseases* 183(6): 865-870. Mar. 2001.
251. MOSCOSO, M., RODRIGUEZ-FIGUEROA, L., PARRILLA, I., ROBLES, R., and COLON, H. HIV/AIDS risk factors among adolescent students in Puerto Rico 1994. *Boletín-Asociación Médica de Puerto Rico*, Vol. 89 No. 7-9, Jul./Sep. 1997. p. 5.
252. MOSES, S., BAILEY, R., and RONALD, A. Male circumcision: Assessment of health benefits and risks. *Sexually Transmitted Infections* 74(5): 368-373. Oct. 1998.
253. MOSES, S., NAGELKERKE, N., and BLANCHARD, J. Analysis of the scientific literature on male circumcision and risk for HIV infection. [Letter]. *International Journal of STD & AIDS* 10(9): 626-628. Sep. 1999. (Available: <http://www.circlist.org/cmedbefitsHIV.html>, Accessed Jul. 30, 2001)
254. MULDER, D., NUNN, A., KAMALI, A., and KENGEYA-KAYONDO, J. Decreasing HIV-1 seroprevalence in young adults in a rural Ugandan cohort. *British Medical Journal* 311(7009): 833-836. Sep. 30, 1995.
255. MUNODAWAFA, D. and GWEDE, C. Patterns of HIV/AIDS in Zimbabwe: Implications for health education. *AIDS Education and Prevention* 8(1): 1-10. Feb. 1996.
256. MUNTARBHORN, V. Rights of the child. Geneva, United Nations High Commissioner for Human Rights, Jan. 20, 1994. 60 p.
257. MURPHY, D., MANN, T., O'KEEFE, Z., and ROTHERAM-BORUS, M. Number of pregnancies, outcome expectancies, and social norms among HIV-infected young women. *Health Psychology* 17(5): 470-475. Sep. 1998.
258. MUSABA, E., MORRISON, C., SUNKUTU, M., and WONG, E. Long-term use of the female condom among couples at high risk of Human Immunodeficiency Virus infection in Zambia. *Sexually Transmitted Diseases* 25(5): 260-264. May 1998.

259. NATHANSON, N. Fiscal year 2001 President's budget request for the National Institutes of Health. [Press Release]. Washington, D.C., National Institutes of Health, 2000.
260. NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY. Ten tips for parents to help their children avoid teen pregnancy. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, 1998. 6 p.
261. NATIONAL CAMPAIGN TO PREVENT TEEN PREGNANCY. Not just another thing to do. Teens talk about sex, regret and the influence of their parents. Washington, D.C., National Campaign to Prevent Teen Pregnancy, Jun. 30, 2000. 7 p. (Available: <http://www.teenpregnancy.org/teenwant.pdf>, Accessed Jul. 17, 2001)
262. NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID), NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH), and U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (U.S. DHHS). Workshop Summary: Scientific evidence on condom effectiveness for sexually transmitted diseases (STD) prevention. Herndon, Virginia, NIAID, NIH, and U.S. DHHS, Jul. 20, 2001. 27 p. (Available: <http://www.niaid.nih.gov/dmid/stds/condomreport.pdf>, Accessed Jul. 23, 2001)
263. NETHERLANDS ENTERTAINMENT-EDUCATION FOUNDATION (NEEF) and JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. CENTER FOR COMMUNICATION PROGRAMS (JHU/CCP). JACOBY, R. and FOKKENS, P., eds. Proceedings of the The Third International Entertainment-Education Conference for Social Change, Arnhem and Amsterdam, The Netherlands, Sep. 17-22, 2000. NEEF and JHU/CCP, 60 p.
264. NEUMANN, M. and SOGOLOW, E. Replicating effective programs: HIV/AIDS prevention technology transfer. *AIDS Education and Prevention* 12(Supp. A): 35-48. Oct. 2000.
265. NEW YORK TIMES. The global plague of AIDS. [Editorial]. The New York Times. Apr. 23, 2000.
266. NISHIMIZU, M. Conference plenary address. Presented at the 5th International Conference on AIDS in Asia and the Pacific, Kuala Lumpur, Malaysia, Oct. 23-27, 1999. 8 p. (Available: <http://www.worldbank.org/poverty/library/aidsdev.pdf>, <http://www.worldbank.org/aids-econ/papers/nishim.htm>, Accessed Feb. 6, 2001)
267. NNKO, S. and POOL, R. Sexual discourse in the context of AIDS: Dominant themes on adolescent sexuality among primary school pupils in Magu district, Tanzania. *Health Transition Review* 7(Suppl. 3): 85-90. 1997.
268. NOAH, D. and FIDAS, G. The global infectious disease threat and its implications for the United States. Washington, D.C., National Intelligence Council, Jan. 2000. 39 p. (Available: <http://www.odci.gov/cia/publications/nie/report/nie99-17d.html>, Accessed Jun. 27, 2001)
269. NORMAN, J. Programs at a glance: Evaluated peer health education programs. Washington, D.C., Advocates for Youth, Nov. 1999. 6 p. (Available: <http://www.advocatesforyouth.org/publications/pag/evaluate.htm>, Accessed Sep. 10, 2001)
270. OBBO, C. Reflections on the AIDS orphans problem in Uganda. In: BERER, M. and RAY, S. *Women and HIV/AIDS: An International Resource Book: Information Action and Resources on Women and HIV/AIDS, Reproductive Health and Sexual Relationships*. London, Pandora Press, 1993. p. 108-109.
271. OFFER, D., OSTROV, E., HOWARD, K., and ATKINSON, R. The teenage world: Adolescents' self-image in ten countries. New York, Plenum Medical Book Company, 1988. 270 p.

272. O'HARA, P., MESSICK, B., FICHTNER, R., and PARRIS, D. A peer-led AIDS prevention program for students in an alternative school. *Journal of School Health* 66(5): 176-82. May 1996.
273. O'LEARY, A., GOODHART, F., JEMMOTT, L., and BOCCHER-LATTIMORE, D. Predictors of safer sex on the college campus: A social cognitive theory analysis. *Journal of America College Health* 40(6): 254-263. May 1992.
274. OLESKE, J. New appreciation for the complexities of perinatally-acquired HIV infection. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 14-15.
275. OLESKE, J. and CZARNIECKI, L. Continuum of palliative care: Lessons from caring for children infected with HIV-1. *Lancet* 354(9186): 1286-1290. Oct. 1999.
276. OLIVER, D., LEEMING, F., and DWYER, W. Studying parental involvement in school-based sex education: Lessons learned. *Family Planning Perspectives* 30 (3): 143-147. May/Jun. 1998. (Available: .agi-usa.org/pubs/journals/3014398.html, Accessed Apr. 2001)
277. OPPONG, C. A high price to pay: For education, subsistence or a place in the job market. *Health Transition Review* 5(Suppl.): 35-56. 1995.
278. ORROTH, K., GAVYOLE, A., TODD, J., MOSHA, F., ROSS, D., MWIJARUBI, E., GROSSKURTH, H., and HAYES, R. Syndromic treatment of sexually transmitted diseases reduces the proportion of incident HIV infections attributable to these diseases in rural Tanzania. *AIDS* 14(10): 1429-1437. Jul. 7, 2000.
279. OSWALD, H. and PFORR, P. Sexuality and AIDS: Attitudes and behaviors of adolescents in East and West Berlin. *Journal of Adolescence* 15(4): 373-391. Dec. 1992.
280. OVER, M. and PIOT, P. Health sector priorities review. HIV infection and sexually transmitted diseases. Washington, D.C., World Bank, Apr. 1991. 106 p.
281. OWEN, M. Widows banding together. *People and the Planet*, Vol. 4, No. 3. 1995. p. 20-22.
282. PANCHAUD, C., SINGH, S., FEIVELSON, D., and DARROCH, J. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Family Planning Perspectives* 32(1): 29-32. Jan./Feb. 2000.
283. PEERSMAN, G. and LEVY, J. Focus and effectiveness of HIV- prevention efforts for young people. *AIDS* 12(Suppl. A): S191-S196. 1998.
284. PETERSEN, A. and CROCKETT, L. Pubertal development and its relation to cognitive and psychosocial development in adolescent girls: Implications for parenting. In: LANCASTER, J. and HAMBURG, B., eds. *School-Age Pregnancy and Parenthood: Biosocial Dimensions*. New York, Aldine De Gruyter, 1986. p. 147-175.
285. PHIRI, M. Teens produce newspaper to encourage healthy behaviors. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, 2000. 3 p. (Available: <http://www.pathfind.org/Project%20Highlights/trendsetters.htm>, Accessed Jun. 12, 2001)
286. PINTO, R. Six-step approach to HIV prevention and counseling of adolescents. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children* 3(4): 49-71. 2000.
287. PIOT, P. A gendered epidemic: Women and the risks and burdens of HIV. [Editorial]. *Journal of the American Medical Women's Association* 56(3): 90-91.

- Summer 2001. (Available: http://jamwa.amwa-doc.org/vol56/56_3_ed.pdf, Accessed Aug. 10, 2001)
288. PISANI, E. Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Jun. 1999. 23 p.
289. PLOURDE, P., PEPIN, J., AGOKI, E., RONALD, A., OMBETTE, J., TYNDALL, M., CHEANG, M., NDINYA-ACHOLA, J., D'COSTA, L., and PLUMMER, F. Human immunodeficiency virus type 1 seroconversion in women with genital ulcers. *Journal of Infectious Diseases* 170: 313-317. Aug. 1994.
290. POPULATION COUNCIL. Innovative programmatic approaches toward working with adolescent girls. [Workshop Report]. Washington, D.C., Population Council, Apr. 1996. 13 p.
291. POPULATION COUNCIL. Open forum on condom promotion and dual protection. [Meeting Report]. Washington, D.C., Population Council, Feb. 21, 2001. 15 p.
292. POPULATION COUNCIL, INTERNATIONAL CENTER FOR RESEARCH ON WOMEN (ICRW), INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE, PROGRAM FOR APPROPRIATE TECHNOLOGY IN HEALTH (PATH), UNIVERSITY OF ALABAMA, and TULANE UNIVERSITY. Youth and HIV/AIDS. Horizons Research Update, Washington, D.C. Population Council, Jul. 2000.
293. POPULATION COUNCIL and INTERNATIONAL FAMILY HEALTH. The case for microbicides: A global priority. New York, London, Population Council and International Family Health, 2000. 27 p.
294. POPULATION COUNCIL, THE ROCKEFELLER FOUNDATION, UNITED KINGDOM MISSION TO THE UNITED NATIONS, and JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. Frequently asked questions about microbicides. New York, Global Campaign for Microbicides, Feb. 2001. 2 p.
295. POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB). The world's youth 2000. Washington, D.C., PRB, Sep. 2000. 24 p.
296. POPULATION REFERENCE BUREAU (PRB) and POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI). Social marketing for adolescent sexual health: Results of operations research projects in Botswana, Cameroon, Guinea and South Africa. Washington, D.C., PRB, Jun. 2000. 31 p. (Available: <http://www.prb.org/MeasureTemplate.cfm?Section=Documents&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=3717>, Accessed Oct. 10, 2001)
297. PRESTON-WHYTE, E. Reproductive health and the condom dilemma: Identifying situational barriers to HIV protection in South Africa. In: CALDWELL, J., ANARFI, J., AWUSABO-ASARE, K., NTOZI, J., ORUBULOYE, I., MARCK, J., COSFORD, W., COLOMBO, R., and HOLLINGS, E., eds. Resistances to Behavioural Change to Reduce HIV/AIDS Infection in Predominantly Heterosexual Epidemics in Third World Countries. Canberra, Australia, Australian National University, 1999. p. 139-155.
298. RAINE, T., JENKINS, R., AARONS, S., WOODWARD, K., FAIRFAX, J., EL-KHORAZATY, M., and HERMAN, A. Sociodemographic correlates of virginity in seventh-grade black and latino students. *Journal of Adolescent Health* 24 (5): 304-312. May 1999.
299. RAO GUPTA, G. The what, the why and the how. Presented at the 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, Jul. 9-14, 2000.
300. RASMUSSEN, S., ECKMANN, L., QUAYLE, A., ZHANG, Y., ANDERSON, D., FIERER, J., STEPHENS, R., and KAGNOFF, M. Secretion of proinflammatory cytokines by epithelial cells in response to chlamydia infection

- suggests a central role of epithelial cells in chlamydial pathogenesis. *Journal of Clinical Investigation* 99(1): 77-87. Jan. 1997.
301. RAVI, A. Behavior versus identity. Mumbai, India, Humsofar Trust, 1999. 4 p.
302. REITMAN, D., ST. LAWRENCE, J., JEFFERSON, K., ALLEYNE, E., BRASFIELD, T., and SHIRLEY, A. Predictors of African American adolescents' condom use and HIV risk behavior. *AIDS Education and Prevention* 8(6): 499-515. Dec. 1996.
303. REMEZ, L. Oral sex among adolescents: Is it sex or is it abstinence? *Family Planning Perspectives* 32(6): 298-304. Nov./Dec. 2000.
304. RESNICK, M., BEARMAN, P., BLUM, R., BAUMAN, K., HARRIS, K., JONES, J., TABOR, J., BEUHRING, T., SIEVING, R., SHEW, M., IRELAND, M., BEARINGER, L., and UDRY, R. Protecting adolescents from harm: Findings from the national longitudinal study on adolescent health. *Journal of the American Medical Association* 278(10): 823-832. Sep. 10, 1997.
305. RICHTER, D., VALOIS, R., MCKEOWN, R., and VINCENT, M. Correlates of condom use and number of sexual partners among high school adolescents. *Journal of School Health* 63(2): 91-96. Feb. 1993.
306. ROBERTS, K. and CAHILL, S. Condom use in a group of aboriginal women. *Australian Journal of Rural Health* 5(1): 43-47. Feb. 1997.
307. ROSEN, J. Youth livelihoods and HIV/AIDS. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Jan. 2001. 6 p.
308. ROSENBERG, P., BIGGAR, R., and GOEDERT, J. Declining age at infection in the United States. *New England Journal of Medicine* 330(11): 789-790. Mar. 17, 1994.
309. ROTHERAM-BORUS, M., GILLIS, J., REID, H., FERNANDEZ, M., and GWADZ, M. HIV testing, behaviors, and knowledge among adolescents at high risk. *Journal of Adolescent Health* 20(3): 216-225. Mar. 1997.
310. ROTHERAM-BORUS, M., KOOPMAN, C., HAIGNERE, C., and DAVIES, M. Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents. *Journal of the American Medical Association* 266(9): 1237-1241. Sep. 1991.
311. ROTHERMAN-BORUS, M. and KOOPMAN, C. Adolescents. In: STUBER, M., ed. *Children and AIDS*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1992. p. 46-67.
312. ROYCE, R., SEÑA, A., CATES, W., and COHEN, M. Sexual transmission of HIV. *The New England Journal of Medicine* 336(15): 1072-1078. Apr. 10, 1997.
313. RWENGE, M. Sexual risk behaviors among young people in Bamenda, Cameroon. *International Family Planning Perspectives* 26(3): 118-123, 130. Sep. 2000.
314. SAEWYC, E., BEARINGER, L., BLUM, R., and RESNICK, M. Sexual intercourse, abuse and pregnancy among adolescent women: Does sexual orientation make a difference? *Family Planning Perspectives* 31(3): 127-31. May/ Jun. 1999.
315. SAKALA, F. Country watch: Zambia. *AIDS/STD Health Promotion Exchange*, No. 1, 1996. p. 10-11.
316. SALYER, D. Along the latex highway: Lesbians and HIV. *Positive Living*, Apr. 2001. 2 p. (Available: www.thebody.com/apla/apr00/lesbians.html, Accessed Oct. 2001).
317. SANDERS, S. and REINISCH, J. Would you say you "had sex" if...? *Journal of the American Medical Association* 281(3): 275-277. Jan. 20, 1999. (Available: <http://jama.ama-assn.org/issues/v281n3/rfull/jbr80459.html>, Accessed May 2001)

318. SANER, H. and ELLICKSON, P. Concurrent risk factors for adolescent violence. *Journal of Adolescent Health* 19(2): 94-103. Aug. 1996.
319. SANTELLI, J., WARREN, C., LOWRY, R., SOGOLOW, E., COLLINS, J., KANN, L., KAUFMANN, R., and CELENTANO, D. The use of condoms with other contraceptive methods among young men and women. *Family Planning Perspectives* 29(6): 261-267. Nov./Dec. 1997.
320. SANTELLI, J.S., DUBERSTEIN, L., DUBERSTEIN LINDBERG, L., ABMA, J., MCNEELY, C., and RESNICK, M. Adolescent sexual behavior: Estimates and trends from four nationally representative surveys. *Family Planning Perspectives* 32(4): 156-165. Jul./Aug. 2000.
321. SAVAGE, O. and TCHOMBE, T. Anthropological perspectives on sexual behavior in Africa. *Annual Review of Sex Research* 5: 50-72. 1994.
322. SCALWAY, T. *Young men and HIV: Culture, poverty, and sexual risk.* London, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, PANOS Institute, Aug. 2001. 48 p.
323. SCHEEPERS, E. The evaluation of Soul City 4: Interim executive summary report. Soul City, Mar. 2001. 17 p. (Available: <http://www.soulcity.org.za/Series4Summary.htm>, Accessed Sep. 10, 2001)
324. SCHIETINGER, H. and SANEI, L. Systems for delivering HIV/AIDS care and support. Washington, D.C., United States Agency for International Development, Jun. 1998. (Discussion Papers on HIV/AIDS Care and Support) 35 p.
325. SCHUSTER, M., BELL, R., and KANOUSE, D. The sexual practices of adolescent virgins: Genital sexual activities of high school students who have never had vaginal intercourse. *American Journal of Public Health* 86(11): 1570-1576. Nov. 1996.
326. SEDLOCK, L. Reaching the youngest adolescents with reproductive health programs. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Jan. 2000. 4 p. (Available: <http://www.pathfind.org/IN%20FOCUS/PDF/jan00.pdf>, Accessed Jun. 12, 2001)
327. SENDEROWITZ, J. Adolescent health. Reassessing the passage to adulthood. Washington, D.C., World Bank, 1995. (World Bank Discussion Papers No. 272) 54 p.
328. SENDEROWITZ, J. Involving young people in reproductive health programs. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Dec. 1997. 36 p. (Available: <http://www.pathfind.org/IN%20FOCUS/h-involve%20youth%20.html>, Accessed Jun. 12, 2001)
329. SENDEROWITZ, J. A review of program approaches to adolescent reproductive health. Washington, D.C., United States Agency for International Development, Jun. 1, 2000. 43 p.
330. SENGENDO, J. and NAMBI, J. The psychological effect of orphanhood: a study of orphans in Rakai district. *Health Transition Review*, 7 Suppl.: 105-124. 1997.
331. SERLEMITSOS, E. (Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Zambia Field Office) [Circulation of Trendsetters] Personal communication, May 9, 2001.
332. SHOOF, M. AIDS: The agony of Africa, Part 1: The virus creates a generation of orphans. *Village Voice*. (New York), Nov. 3-9, 1999.
333. SHREEDHAR, J. HIV care and prevention: An Indian NGO's seamless approach. *Impact on HIV*, Vol. 1 No. 1, Research Triangle Park, North Carolina. Family Health International, Oct. 1998.

334. SHUEY, D. and BAGARUKAYO, H. AIDS: Dispair, or a stimulus to reform? In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. New York, Oxford University Press, 1996. p. 122-124.
335. SINGH, S., WULF, D., SAMARA, R., and CUCA, Y. Gender differences in the timing of first intercourse: Data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives* 26(1): 21-28. Mar. 2000.
336. SMYTH, F. Cultural constraints on the delivery of HIV/AIDS prevention in Ireland. *Social Science & Medicine* 46(6): 661-762. Mar. 1998. (Available: <http://www.sciencedirect.com/science>, Accessed Jul. 2, 2001)
337. SOLAR-TUTTLE, R. The invincible ones. *Harvard AIDS Review*, Boston. Harvard AIDS Institute, Spring/Summer 2000. p. 12-14. (Children and AIDS) (Available: www.aids.harvard.edu/publications/har/spring_2000/spring00-4.html, Accessed Oct. 10, 2001)
338. STANECKI, K. The AIDS pandemic in the 21st century: The demographic impact in developing countries. Presented at the 13th International Conference on AIDS, Durban, South Africa, Jul. 9-14, 2000. 7 p.
339. STANECKI, K. FOCUS dialogue on HIV/AIDS and youth. [Slide Presentation]. Presented at the FOCUS Meeting on HIV, Washington, D.C., May 24, 2001. 16 p.
340. STEIN, J. The impact of HIV/AIDS on the household. *AIDS Bulletin* 6(4): 20-23. Dec. 1997.
341. STEIN, J. Virginty testing cannot prevent HIV/AIDS. *Health-e Online wire service*. Sep. 6, 2000. p. 2. (Available: <http://www.health-e.org.za/view.php3?id=20000901>, Accessed Feb. 2000)
342. STEVENS, C. Reaching socially marginalized youth. Washington, D.C., Pathfinder International, FOCUS on Young Adults, Mar. 1999. 7 p. (Available: [http://www.pathfind.org/IN%20FOCUS/Reaching%20Socially %20Marginalized%20Youth.htm](http://www.pathfind.org/IN%20FOCUS/Reaching%20Socially%20Marginalized%20Youth.htm), Accessed Jun. 12, 2001)
343. STEVENSON, L., WAGSTAFF, D., HECKMAN, T., and SCHALL, M.A. Sexually transmitted diseases and risk for HIV infection among women who have sex with women. Presented at the Annual Meeting of the American Public Health Association, Indianapolis, Indiana, Nov. 9-13, 1997. 24 p.
344. STEVENS-SIMON, C. and MCANARNEY, E. Adolescent pregnancy. In: DICLEMENTI, R., HANSEN, W., and PONTON, L., eds. *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior: Theory, Epidemiology, Prevention and Treatment*. New York, Plenum Press, 1996. p. 313-333.
345. STOVER, J. and WAY, P. The impact of interventions on reducing the spread of HIV in Africa: Results from computer simulations. [Unpublished]. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, San Francisco, Apr. 6-Apr. 8, 1995. 21 p.
346. STRASBURGER, V. "Sex, drugs rock 'n' roll," and the media: Are the media responsible for adolescent behavior? *Adolescent Medicine* 8: 404-414. 1997.
347. SVENSON, G. European guidelines for youth AIDS peer education. Luxembourg, Germany, European Commission, 1998. 54 p. (Available: <http://www.europeer.lu.se/files/guidelines/english300.pdf>, Accessed Jun. 12, 2001)
348. SZABO, R. and SHORT, R. How does male circumcision protect against HIV infection? *Bristish Medical Journal* 320: 1592-1594. Jun. 10, 2000. (Available: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/320/7249/1592.pdf>, Accessed Jun. 27, 2001)
349. TAHA, T., GRAHAM, S., KUMWENDA, N., BROADHEAD, R., HOOVER,

- D., MARKAKIS, D., VAN DER HOEVEN, L., LIOMBA, G., CHIPHANGWI, J., and MIOTTI, P. Morbidity among human immunodeficiency virus-1-infected and -uninfected African children. *Pediatrics* 106(6): e77. Dec. 2000. (Available: http://www.pediatrics.org/cgi/content/abstract/106/6/e77?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULT_FORMAT=&author1=aha%2C+T.&searchid=QID_NOT_SET&stored_sear ch=&FIRSTINDEX=&fdate=12/1/2000&tdate=12/31/2000, Accessed Jul. 24, 2001)
350. TALLE, A. Desiring difference: Risk behaviour among young Maasai men. In: KLEPP, K., BISWALO, P., and TALLE, A., eds. *Young People at Risk: Fighting AIDS in Northern Tanzania*. Oslo, Norway, Scandinavian University Press, 1995. p. 69-85.
351. THEUS, S., HARRICH, D., GAYNOR, R., RADOLF, J., and NORGDARD, M. *Treponema pallidum*, lipoproteins, and synthetic lipoprotein analogues induce human immunodeficiency virus type 1 gene expression in monocytes via NF- κ B activation. *Journal of Infectious Diseases* 177(Suppl. 3): 941-950. Apr. 1998.
352. THOMPSON, S., ANDERSON, K., FREEDMAN, D., and SWAN, J. Illusions of safety in a risky world: A study of college students' condom use. *Journal of Applied Social Psychology* 26(3): 189-210. Feb. 1996.
353. THOMSON, C., CURRIE, C., TODD, J., and ELTON, R. Changes in HIV/AIDS education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 year olds, 1990-1994: Findings from the WHO: Health Behaviour in School-aged Children Study (HBSC). *Journal of Education Research* 14(3): 357-370. Jun. 1999.
354. TURNER, C., MILLER, H., and MOSES, L., eds. *AIDS: Sexual Behavior and Intravenous Drug Use*. Washington, D.C., National Academy Press, 1989. 425 p.
355. TURNER, R., IRWIN, C., TSCHANN, J., and MILLSTEIN, S. Autonomy, relatedness, and the initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychology* 12(3): 200-208. May 1993.
356. UDRY, J., BILLY, J., and MORRIS, N. Serum androgenic hormones motivate sexual behavior in adolescent boys. *Fertility and Sterility* 43(1): 90-94. Jan. 1985.
357. UNDERWOOD, C. Impact of the HEART campaign: Findings from the youth surveys in Zambia, 1999 & 2000. [Draft]. Baltimore, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Aug. 2001. 24 p.
358. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The state of the world's children 1997*. New York, UNICEF, 1997. 110 p.
359. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *AIDS: What every family and community has a right to know about AIDS*. New York, UNICEF, Dec. 1998. (Facts for Life) 11 p. (Available: <http://www.unicef.org/ffl/AIDS.HTM>, Accessed Sep. 10, 2001)
360. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Children orphaned by AIDS: Front-line responses from eastern and southern Africa*. New York, UNICEF, Dec. 1999. 37 p. (Available: <http://www.unicef.org/pubsgen/aids/AIDSen.pdf>, Accessed Aug. 2000)
361. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The progress of nations 2000*. New York, UNICEF, Jul. 2000. 38 p. (Available: <http://www.unicef.org/pon00/pon2000.pdf>, Accessed Jul. 2000)
362. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *The state of the world's children 2000*. New York, UNICEF, 2000. 120 p.
363. UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. *Demographic yearbook 1996*. New York, United Nations, 1998. 1153 p.
364. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP),

- GOVERNMENT OF BOTSWANA, and BOTSWANA INSTITUTE FOR DEVELOPMENT POLICY ANALYSIS (BIDPA). Botswana human development report 2000: Towards and AIDS-free generation. Gaborone, Botswana, UNDP, 2000. 90 p.
365. UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Warning!: Children are watching. UNESCO Sources, No. 102, UNESCO, Jun. 1998. 25 p.
366. UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. Declaration of commitment on HIV/AIDS. Aug. 2, 2001. (Resolution adopted by the General Assembly) (Available: <http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf>, Accessed Jun. 28, 2001)
367. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Partners for change: Enlisting men in HIV/AIDS prevention. New York, UNFPA, 2000. 24 p.
368. UNITED STATES OFFICE OF APPLIED STUDIES, and SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). 1999 national household survey on drug abuse. Rockville, Maryland, SAMHSA, 1999. 30 p. (Available: <http://www.samhsa.gov/oas/NHSDA/1999/Chapter2.htm>, Accessed Sep. 1, 2000)
369. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). USAID efforts to address the needs of children affected by HIV/AIDS. Washington, D.C., USAID, Mar. 2001. 16 p.
370. UNITED STATES OFFICE OF NATIONAL AIDS POLICY (ONAP). Report on the Presidential mission on children orphaned by AIDS in sub-Saharan Africa: Findings and plan of action. Washington, D.C., ONAP, Jul. 19, 1999. 35 p.
371. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). HIV/AIDS and women who have sex with women (WSW) in the United States. Atlanta, Georgia, CDC, Jul. 1997. (Available: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/wsw97.pdf>, Accessed Mar. 2001)
372. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Tracking the hidden epidemics: Trends in STDs in the United States 1998. Atlanta, Georgia, CDC, 1998. 33 p.
373. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Young people at risk: HIV/AIDS among America's youth. [Fact Sheet]. Atlanta, Georgia, U.S. CDC. Sep. 2000. 2 p.
374. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). HIV incidence among young men who have sex with men: Seven US cities, 1994-2000. Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 50 No. 21, Atlanta, Georgia. U.S. CDC, Jun. 2, 2001. p. 440-445.
375. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) and ACADEMY FOR EDUCATIONAL DEVELOPMENT. The prevention marketing initiative: Youth involvement. Atlanta, Georgia, CDC, 1997. 36 p.
376. UNITED STATES. NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID). Backgrounder: HIV infection in infants and children. Bethesda, Maryland, NIAID, Jul. 1999. 9 p. (Available: niaid.nih.gov/newsroom/simple/background.htm, Accessed Sep. 1, 2001)
377. UNITED STATES. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH OFFICE OF AIDS RESEARCH (OAR), NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES (NIAID), NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT (NICHD), and PROJECT INFORM. Gender and HIV viral load workshop. Summary Report. San Francisco, OAR,

- NIAMD, NICHOLSON, and Project Inform, Jan. 29, 2000. 4 p. (Available: <http://www.nih.gov/od/oar/public/pubs/viralload.htm>, Accessed Feb. 6, 2001)
378. UPADHYAY, U. Why family planning matters. Population Reports, Series J, No. 49. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, Jul. 1999. 32 p.
379. VAN DAM, J. and ANASTASI, M. Male circumcision and HIV prevention: Directions for future research. Washington, D.C., Horizons Project, Population Council, Jun. 2000. 28 p. (Available: <http://www.popcouncil.org/pdfs/circumcision.pdf>, Accessed Oct. 4, 2001)
380. VAN DER STRATEN, A., KING, R., GRINSTEAD, O., VITTINGHOFF, E., SERUFILIRA, A., and ALLEN, S. Sexual coercion, physical violence and HIV infection among women in steady relationships in Kigali, Rwanda. *AIDS and Behavior* 2(1): 61-73. 1998.
381. VARGA, C. Sexual decision-making and negotiation in the midst of AIDS: Youth in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health Transition Review* 7(Suppl. 3): 45-67. 1997.
382. VASSAL, A., FISHER, J., JÜRGENS, R., and HUGHES, R. Gay and lesbian legal issues and HIV/AIDS: A discussion paper. Montréal, Québec, Canadian HIV/AIDS Legal Network, Canadian AIDS Society, Jul. 1997. 132 p. (Available: <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/gaylesbian/02tocE.html>, Accessed Aug. 2000)
383. VELEZ, C., RODRIGUEZ, L., SCHOENBAUM, E., and UNGEMACK, J. Puerto Rican youth in drug treatment facilities: Who volunteers for HIV testing? *Puerto Rico Health Sciences Journal* 16(1): 37-44. Mar. 1997.
384. VENIER, J., ROSS, M., and AKANDE, A. HIV/AIDS-related social anxieties in adolescents in three African countries. *Social Science and Medicine* 46(3): 313-320. Feb. 1998.
385. VOLUNTARY HIV-1 COUNSELING AND TESTING GROUP. Efficacy of voluntary HIV-1 counseling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: A randomized trial. *Lancet* 356(9224): 103-112. Jul. 8, 2000.
386. WALTER, H., VAUGHAN, R., GLADIS, M., RAGIN, D., KASEN, S., and COHALL, A. Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenter. *American Journal of Public Health* 82(4): 528-532. Apr. 1992.
387. WALTERS, A. HIV prevention in street youth. *Journal of Adolescent Health* 25(3): 187-198. Sep. 1999.
388. WATSTEIN, S. and LAURICH, R. AIDS and women: A source-book. Phoenix, Arizona, Oryx Press, 1991. 159 p.
389. WAWER, M. Urban-rural movement and HIV dynamics. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 48-50.
390. WAWER, M., SEWANKAMBO, N., SERWADDA, D., QUINN, T., PAXTON, L., KIWANUKA, N., WABWIRE-MANGEN, F., LI, C., LUTALO, T., and NALUGODA, F. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: A randomised community trial. *LANCET* 353(9152): 525-535. Feb. 13, 1999.
391. WEBB, D. Who will take care of the AIDS orphans? *AIDS Analysis Africa*, Vol. 5 No. 2, Mar./Apr. 1995. p. 12-13.
392. WEISS, E. and RAO GUPTA, G. Bridging the gap: Addressing gender and sexuality in HIV prevention. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1998. 31 p.

393. WEISS, E., WHELAN, D., and RAO GUPTA, G. Vulnerability and opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the developing world. Findings from the women and AIDS research program. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 1996. 24 p.
394. WEISS, H., QUIGLEY, M., and HAYES, R. Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *AIDS* 14(15): 2361-2370. Oct 20, 2000. (Available: <http://www.aidsonline.com/>, Accessed Sep. 27, 2001)
395. WENIGER, B. and BERKLEY, S. The evolving HIV/AIDS pandemic. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 57-70.
396. WHITAKER, D., MILLER, K., D., M., and LEVIN, M. Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. *Family Planning Perspectives* 31(3): 117-121. May/June. 1999.
397. WHITE, R. and CUNNINGHAM, A. *Ryan White: My own story*. New York, Dial Books, 1991. 277 p.
398. WHITESIDE, A. Economic impact in selected countries and sectoral impact. In: MANN, J. and TARANTOLA, D., eds. *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York, Oxford University Press, 1996. p. 110-116.
399. WHITESIDE, A. and STOVER, J. The demographic and economic impact of AIDS in Africa. *AIDS* 11(Suppl. B): S55-S61. 1997.
400. WILLIAMSON, J. Finding a way forward: Principles and strategies to reduce the impacts of AIDS on children and families. In: LEVINE, C. and FOSTER, G., eds. *The Orphan Generation: The Global Legacy of the AIDS Epidemic*. Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press, [Forthcoming].
401. WILLIAMSON, J. (Independent Consultant) [Microenterprise strategies for adolescents] Personal communication, Feb. 12, 2001.
402. WILSON, D., MCMASTER, J., ARMSTRONG, M., MAGUNJE, N., and CHIMHINA, T. Intergenerational communication within the family: Implications for developing STD/HIV prevention strategies for adolescents in Zimbabwe. Washington, D.C., United States Agency for International Development, Aug. 1994. (Women and AIDS Research Program Research Report No. 13) 89 p.
403. WOLFENSON, J. Free from poverty, free from AIDS. Presented at the United Nations Security Council meeting on HIV/AIDS in Africa, New York, Jan. 10, 2000. (Available:[http://www.worldbank.org/html/extdr/ext me/jdwsp011000.html](http://www.worldbank.org/html/extdr/ext%20me/jdwsp011000.html), Accessed Jan. 2000)
404. WOLITSKI, R., MACGOWAN, R., HIGGINS, D., and JORGENSEN, C. The effects of HIV counseling and testing on risk-related practices and help-seeking behavior. *AIDS Education and Prevention* 9(Suppl. B): 52-67. Jun. 1997.
405. WOODS, E. Overview of the special projects of national significance program's 10 models of adolescent HIV care. *Journal of Adolescent Health* 23(2 Suppl.1): 5-10. Aug. 1998.
406. WORLD BANK. Intensifying action against HIV/AIDS in Africa: Responding to a development crisis. Washington, D.C., World Bank, 2000. 89 p.
407. WORLD BANK. Street children initiative. <http://wbln0018.worldbank.org/External/Urban/UrbanDev.nsf/Urban+Development/6CB96CC8597476B58556906006A9789?OpenDocument> World Bank, Apr. 13-14, 2000.
408. WORLD BANK. Thailand's response to AIDS: Building on success, confronting the future. Washington, D.C., World Bank, Nov. 2000. 63 p.

- (Available: [http://www.worldbank.or.th/social/pdf/Thailand's%20Response %20to%20AIDS.pdf](http://www.worldbank.or.th/social/pdf/Thailand's%20Response%20to%20AIDS.pdf), Accessed Aug. 8, 2001)
409. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Young people's health. A challenge for society. Report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000". Geneva, WHO, 1986.
410. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health report 1995: Bridging the gaps. Geneva, WHO, 1995. (Available: <http://www.who.int/whr/1995/evolution.html>, Accessed Sep. 2000)
411. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coming of age. From facts to action for adolescent sexual and reproductive health. Geneva, WHO, 1997. 176 p.
412. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Trends in substance use and associated health problems. [Fact Sheet]. Geneva, WHO, Aug. 1996. 6 p. (Available: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact127.html>, Accessed Jan. 2001)
413. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World health report 1999: Making a difference. Geneva, WHO, 1999. 121 p.
414. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 100% condom use programme in entertainment establishments. Geneva, WHO, 2000. 36 p.
415. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: WHO's activities. WHO briefing notes for UNGASS on HIV/AIDS, Geneva, WHO, 2001. 5 p.
416. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevention of mother-to-child transmission of HIV: Selection and use of nevirapine. Geneva, WHO, 2001. 17 p.
417. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS), and UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). Joint WHO/UNAIDS/UNFPA policy statement: Dual protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted infections, including HIV. Geneva, WHO, UNAIDS, UNFPA, Sep. 2000. 2 p.
418. WRIGHT, T., SUBBARAO, S., ELLERBROCK, T., LENNOX, J., EVANS-STRICKFADEN, T., SMITH, D., and HART, C. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184(3): 279-285. Feb. 2001.
419. YU, E., QIYI, X., ZHANG, K., LU, P., and CHAN, L. HIV infections in China: 1985 through 1994. *American Journal of Public Health* 86(8): 1116-1122. Aug. 1996.
420. ZABA, B. Summary results of LTR analysis. London, Centre for Population Studies, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Mar. 5, 2000. 7 p. (Unpublished)
421. ZABIN, L. (Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health) [Youth involvement] Personal communication, Aug. 6, 2001.
422. ZABIN, L. and HAYWARD, S. Adolescent sexual behavior and childbearing. In: FOSTER, D., ed. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*. Vol. 26. London, Sage, 1993. p. 133.
423. ZABIN, L. and KIRAGU, K. The health consequences of adolescent sexual and fertility behavior in sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning* 29(2): 210-232. Jun. 1998.
424. ZAMBIA MINISTRY OF HEALTH and CENTRAL BOARD OF HEALTH. HIV/AIDS in Zambia: Background, projections, impacts and interventions. Lusaka, Zambia, Central Board of Health, 1998.
425. ZANETTA, D., STRAZZA, R., AZEVEDO, R., CARVALHO, H., MASSAD,

- E., MENEZES, R., FERRERIA, D., and BURATTINI, M. HIV infection and related risk behaviors in a disadvantaged youth institution of São Paulo, Brazil. *International Journal of STD & AIDS* 10(2): 98-104. Feb. 1999.
426. ZELAYA, E., MARÍN, F., GARCÍA, J., BERGLUND, S., LILJESTRAND, J., and PERSSON, L. Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua. *Journal of Adolescent Health* 21(1): 39-46. Jul. 1997.

ADDENDA

427. BAJOS, N. and DURAND, S. Adolescent sexual and reproductive behavior: A developed country comparison. Country report for France. New York, Alan Guttmacher Institute, 2001. (Occasional Report)
428. COUSOUDIS, A., PILLAY, K., SPOONER, E., KUHN, L., and COOVADIA, H. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: A prospective cohort study. *Lancet* 354(9177): 471-476. Aug. 7, 1999.
429. ESIM, S., MALHOTRA, A., MATHUR, S., DURON, G., and JOHNSON-WELCH, C. Making it work: Linking youth reproductive health and livelihoods. Washington, D.C., International Center for Research on Women, 2001. 28 p.
430. FOCUS ON YOUNG ADULTS. What works to promote young adult reproductive health? In: FOCUS ON YOUNG ADULTS. FOCUS EOP Report: Review Draft. Washington, D.C., Focus on Young Adults, Oct. 25, 2001.
431. FROST, J., JONES, R., WOOG, V., DARROCH, J., and SINGH, S. Adolescent sexual and reproductive behavior: A developed country comparison. Country report for the United States. New York, Alan Guttmacher Institute, 2001. (Occasional Report)
432. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS) and WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). AIDS epidemic update: Dec. 2001. Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 2001.
433. KORNFIELD, R., AWASUM, D., and QUENUM, B. Living with HIV/AIDS in Rwanda: A study of PLWHA in Gitarma, Byumba, and urban Kigali. Kigali, Rwanda, Johns Hopkins University Center for Communication Programs, Jun. 2001. 26 p.
434. LUKE, N. Cross-generational and transactional sexual relations in sub-Saharan Africa: A review of the evidence on prevalence and implications for negotiation of safe sexual practices for adolescent girls. Philadelphia, International Center for Research on Women, Sep. 26, 2001. 61 p.
435. MATICKA-TYNDALE, E., MCKAY, A., and BARRETT, M. Adolescent sexual and reproductive behavior: A developed country comparison. Country report for Canada. New York, Alan Guttmacher Institute, 2001. (Occasional Report)
436. MERSON, M., DAYTON, J., and O'REILLY, K. Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS* 14(Suppl. 2): S68-S84. 2000.
437. STANTON, B., LI, X., KAHIHUATA, J., FITZGERALD, A., NEUMBO, S., KANDUUMBE, G., RICARDO, I., GALBRAITH, J., TERRERI, N., and GUEVARA, I. Increased protected sex and abstinence among Namibian youth following a HIV risk-reduction intervention: A randomized, longitudinal study. *AIDS* 12(18): 2473-2480. Dec. 24, 1998.
438. TAREN, D., NAHLEN, B., VAN EIJK, A., and OTIENO, J. Early

introduction of mixed feedings and postnatal HIV transmission. Abstract MoPeB2200. Proceedings of the 13th International AIDS Conference, Durban, South Africa, Jul. 2000. 1 p.

439. UNDERWOOD, C. Impact of the HEART campaign: Findings from the youth surveys in Zambia, 1999 & 2000. Baltimore, Johns Hopkins Population Communication Services (PCS) Project. Jul. 2001. 24 p.

440. UNITED STATES. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Latex condoms and sexually transmitted diseases: Preventive messages. Atlanta, CDC, 2001. 3 p.

ISSN 0887-0241

[Anterior](#)
[Parte principal](#) | [Contenido](#)



Information & Knowledge for Optimal Health (INFO) Project

111 Market Place Suite 310, Baltimore, MD 21202

Phone: 410-659-6300 Fax: 410-659-6266 [Security & Privacy Policy](#)

